

**ROSA MARIA SILVESTRE**

**A HORIZONTALIZAÇÃO DA COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL: O  
CASO DAS FUNÇÕES ESSENCIAIS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Mestrado de Estudos Comparados sobre as Américas como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais, Área de Concentração Estudos Comparados sobre as Américas.

Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Henrique Carlos de O. de Castro

Brasília, março de 2007

*Para Manoel, Jade e o mais novo e amado membro da família, Davi, por encherem de luz e alegria o meu caminhar.*

## AGRADECIMENTOS

Ao Manoel Rodrigues, meu mais profundo amor e gratidão pelo carinho e incentivo durante toda o percurso desse trabalho.

Aos meus amados pais e irmãos agradeço por suas presenças inspiradoras.

Agradeço ao meu orientador, professor Dr. Henrique Carlos de O. de Castro, por sua disposição em compartilhar comigo as minhas preocupações, pelo incentivo e empenho na orientação do meu trabalho.

Ao Julio Suarez, amigo e companheiro de trabalho, agradeço pelo constante incentivo ao meu crescimento técnico e pela confiança em promover minha inserção na cooperação para as FESP no Brasil.

À Lígia Bahia, querida amiga, cujo apoio foi fundamental para que eu me lançasse ao desafio de fazer esse mestrado.

À banca de qualificação do projeto de dissertação, Dr. Danilo Nolasco e Dra. Lígia Bahia, pelas valorosas contribuições e críticas.

Aos entrevistados pela disposição em ceder gentilmente seu tempo para a realização das entrevistas.

À Isabel pela transcrição ágil das entrevistas.

À minha amiga-irmã Adriana Marques pelo incentivo constante.

À Mara, grande amiga, que com seu amor de tia ajudou o Davi a passar muito bem as horas sem a mamãe.

Por fim, agradeço aos amigos do CEPPAC, em especial, Ana Rosa Santos, Mayra Juruá e Eliane Soares, por tornaram o meu percurso mais proveitoso e agradável.

## **RESUMO**

A presente dissertação trata das relações de cooperação técnica internacional como um espaço no qual se dão disputas de poder. Discute a cooperação internacional no campo da saúde no Brasil como um tipo diferenciado, quando comparado ao modelo tradicional de cooperação técnica. Este modelo tradicional de cooperação, marcado por uma forte assimetria na relação de poder entre o ofertante e o receptor da cooperação, é contrariado no estudo de caso apresentado: a cooperação para adaptação das Funções essenciais de saúde pública no Brasil, desenvolvida entre OPAS/MS/CONASS. A discussão do caso permite concluir que uma explicação para essa diferenciação brasileira dá-se pela existência de um pensamento hegemônico em saúde, o pensamento da Reforma Sanitária, que no encontro do Organismo Internacional com os gestores que negociam a Cooperação Técnica, atua empoderando o país na negociação junto ao OI para o estabelecimento de uma relação cooperação técnica horizontal. Por fim, é feita uma conceituação de relação horizontal em cooperação técnica internacional.

.....

## ***ABSTRACT***

This thesis aims to analyze the international technical cooperation as a space of struggle for power. It discusses international cooperation in Brazil in the Health area as a differentiated type when compared to the traditional model of technical cooperation. This traditional model of cooperation, marked by a strong asymmetry with regards to the power relation between the donor and the receiver of the cooperation, is contradicted in the case study presented: the cooperation for the adaptation of Public Health's essential functions in Brazil, jointly developed by PAHO/WHO, the Ministry of Health of Brazil and the National Council of State Health Secretaries (CONASS). The case study allows us to conclude that an explanation for this Brazilian differentiation is due to the existence of a hegemonic thought in the health area – that is, the Health Reform – which operates in the empowerment of the Country in its negotiations with International Organizations for the establishment of a horizontal technical cooperation. Finally, a concept of horizontal international technical cooperation is elaborated.

## SUMÁRIO

I- INTRODUÇÃO.....	06
II – COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL E A ESPECIFICIDADE BRASILEIRA.....	12
II.1- O cenário internacional.....	12
II.2- Cooperação internacional.....	35
II.2.1- Tipos de cooperação internacional.....	38
II.3- Cooperação técnica internacional em saúde.....	42
II.4- A especificidade do Brasil.....	54
II.5- Metodologia.....	60
III - O ESTUDO DE CASO.....	64
III.1- HISTÓRIA DAS FESP.....	64
III.2- FESP NO BRASIL.....	68
III.2.1- A construção das FESP/SUS.....	69
III.2.2- Principais questões conceituais.....	73
III.3- A VISÃO DOS ATORES.....	76
III.3.1- Dimensão Política.....	76
III.3.2- Dimensão Capacidade Institucional.....	85
III.3.3- Dimensão Natureza do Organismo Internacional.....	90
III.3.4- Dimensão Econômica.....	96
III.3.5- Dimensão Liderança.....	100
III.3.6- Dimensão Técnica.....	107
III.3.7- Dimensão Geopolítica.....	113
III.4- AS FESP COMO CASO DE SIMETRIA.....	114
IV – HORIZONTALIDADE: em busca de um conceito.....	115
V- CONCLUSÃO.....	121
VI – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	127

## I - INTRODUÇÃO

A idéia de desenvolver este trabalho surgiu a partir de minha experiência profissional. Há cinco anos tenho acompanhado processos de cooperação em saúde desenvolvidos pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), como assessora em Sistemas e Serviços de Saúde desse organismo internacional. Mesmo tendo como foco principal a cooperação com o Brasil, tenho tido a oportunidade de conhecer a cooperação prestada por essa e outras instituições a diferentes países da região. Essa vivência que tive, tanto nos processos de negociação das agendas de cooperação, como no acompanhamento da implementação das mesmas, evidenciou a existência de diferentes graus de assimetria nas relações entre os organismos internacionais e os Estados nacionais nos processos de cooperação. Desde então, a forma como se estabelecem essas relações, mais ou menos assimétricas, tem-se constituído num “incômodo”, numa questão que chama minha atenção e que me aguça o desejo de compreendê-la melhor.

Assim, essa dissertação parte de uma experiência profissional concreta e se propõe abordar as relações de poder entre atores da cooperação técnica internacional. Mais especificamente, pretende investigar as razões da ocorrência de relações tendencialmente mais simétricas entre o Estado brasileiro e organismos internacionais (OIs) na cooperação técnica no campo da saúde.

Trata-se de um estudo do caso da cooperação Brasil–Opas (Organização Pan-Americana da Saúde) para a adaptação da metodologia elaborada e proposta por organismos internacionais, as “Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP)”, à realidade brasileira.

Uma das principais características do que tem sido chamado de modelo tradicional de cooperação técnica internacional é a verticalidade na relação entre doador e receptor de cooperação. Essa verticalidade ou assimetria é expressa em uma tendência do doador em deter uma autonomia quase completa, em relação ao receptor, sobre a definição do conteúdo e desenho do projeto de cooperação.

Essa verticalidade vem sofrendo severas críticas, oriundas inclusive dos próprios organismos internacionais. No entanto, apesar das críticas, a assimetria ou

verticalidade persiste como característica marcante nas relações de cooperação internacional, em geral, e no campo da saúde, em particular, entre organismos internacionais e diferentes Estados.

A necessidade de se construir novas formas de cooperação internacional é assinalada por diferentes atores da comunidade internacional. Embora não exista um consenso sobre um novo modelo de cooperação, espera-se que esse contemple uma maior simetria entre as partes envolvidas, suscitando processos mais dialógicos, mais democráticos.

O desafio de se construir novas formas de cooperação internacional é prático, mas também teórico, uma vez que, apesar de o verticalismo figurar como a característica mais criticada do modelo de cooperação tradicional, pouco se tem avançado numa elaboração conceitual do que seria um modelo horizontal de cooperação. Apesar do seu uso corrente, o termo horizontalidade carece de conceituação. Contribuir para a conceituação da “horizontalidade”<sup>1</sup> na cooperação internacional é um dos objetivos específicos assumidos por essa dissertação.

Nesse sentido, estudos das relações de cooperação que envolvem o Brasil e organismos internacionais podem contribuir para o debate conceitual da horizontalidade.

Contrariando o modelo tradicional de cooperação internacional, no Brasil, percebe-se, no setor da saúde, uma maior simetria ou horizontalidade. Nas relações de cooperação em saúde no Brasil, a posição dos atores brasileiros tende a ser mais ouvida e a ter maior relevância no processo de negociação e na definição do conteúdo da cooperação.

Essa tendência a uma maior horizontalidade pode ser percebida na relação do Brasil, no campo da saúde, com diferentes agências internacionais.

Um dos elementos distintivos do caso brasileiro, que parece favorecer essa maior simetria nas relações de cooperação internacional, é a existência no setor saúde de uma intelectualidade orgânica, propulsora do chamado “Movimento Sanitário” que encampou a luta pela Reforma Sanitária Brasileira. A existência desses intelectuais orgânicos, detentores de um grande poder de formulação e legitimidade sociopolítica permitiu que se conformasse uma proposta de reforma sanitária, um pensamento reformista

---

<sup>1</sup> Os termos simetria e horizontalidade são utilizados indiscriminadamente ao longo da dissertação até o Capítulo IV, quando se procede a uma discussão e tentativa de conceituação do termo horizontalidade.

aglutinador no campo da saúde, favorecendo um maior empoderamento do país para o estabelecimento de relações mais horizontais junto aos organismos internacionais.

Esse pensamento extrapolou as reivindicações localizadas e restritas ao setor, associando saúde a democracia. Alcançou maior destaque em âmbito nacional, ganhando abrangência socialmente ampla, constituindo-se em movimento social propriamente dito, segundo Touraine (1999), ao dirigir-se às instituições e, portanto, para o âmbito das decisões políticas.

O pensamento da Reforma Sanitária, surgido no campo da saúde, transcendeu esses limites, alcançando o assentimento de outros setores e de muitos daqueles que se lhe opunham inicialmente. Não que todos os setores envolvidos na construção de uma proposta política para o setor saúde tenham passado a pensar exatamente da mesma maneira, mas esse pensamento ganhou contornos mais universais, delimitando o campo em que se dão as disputas, atuando como um consenso construído.

Ou seja, esse pensamento alcançou a condição de pensamento hegemônico, sendo assumido por todos como referência, inclusive para ser questionado. Hoje não há como se travar qualquer discussão ou desenvolver qualquer atividade no campo da saúde sem que se passe pelo reconhecimento desse pensamento da Reforma, o qual, num processo suprapartidário, foi incorporado à Constituição de 1988. No seu cerne, estão o entendimento ampliado de saúde – segundo o qual a saúde resulta do conjunto das políticas sociais e econômicas – e os princípios de universalidade, equidade e integralidade, entre outros, contemplados na concepção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa condição de consenso construído em torno do pensamento da Reforma tem como uma de suas expressões o chamado “partido sanitário”, uma articulação suprapartidária de intelectuais e ativistas do movimento social, que se conformou durante o Movimento Sanitário e que continua, ainda hoje, atualizando-se, revelando sua hegemonia, onde, até mesmo para opor-se a ele, é preciso tomá-lo como referência.

Pode-se dizer que a Reforma Sanitária permitiu a formação de um novo pensamento no campo da saúde no Brasil. Se podemos encontrar as suas raízes no início do século XX, a novidade está na construção de um consenso. Esse consenso se torna



hegemonico<sup>2</sup>, no sentido de Gramsci (2001), dentre os profissionais de saúde e mesmo na população<sup>3</sup>.

Os especialistas da área da saúde ligados ao Movimento pela Reforma Sanitária brasileira caracterizaram-se como intelectuais orgânicos, no sentido de Gramsci, atuando na conformação de um bloco de forças sociais soldado sob a hegemonia de um pensamento.

O papel desempenhado pelos profissionais de saúde no movimento sanitário já é bastante reconhecido. No entanto, os efeitos não esperados, ou menos visíveis, desse pensamento aglutinador em saúde não têm sido explorados com o enfoque da hipótese aqui adotada: que a existência dessa intelectualidade orgânica ao pensamento da Reforma Sanitária constitui-se como elemento fundamental para o empoderamento do Estado brasileiro nos processos de cooperação técnica internacional no setor. Esses intelectuais hoje assumem cargos executivos nas três esferas de governo – federal, estadual e municipal –, conformando os interlocutores para os quais os organismos internacionais se dirigem quando se trata do setor saúde.

Esse pensamento aglutinador em saúde é um elemento distintivo no caso do Brasil que pode facilitar, paradoxalmente ao modelo tradicional de cooperação, a conformação de relações mais simétricas entre o país e organismos internacionais.

Especificamente a experiência de cooperação técnica desenvolvida entre OPAS, Ministério da Saúde do Brasil e CONASS (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) para uso e adaptação, à realidade brasileira, da metodologia das “Funções Essenciais de Saúde” (FESP), apresenta-se como um caso importante para a reflexão teórica acerca da horizontalidade na cooperação internacional. No processo de definição da linha de cooperação técnica para a avaliação e fortalecimento do desempenho das “Funções Essenciais de Saúde” (FESP), e na adaptação da metodologia FESP, percebem-se traços de uma interação tendencialmente simétrica.

---

<sup>2</sup> O conceito de hegemonia em Gramsci tem sido muitas vezes utilizado em Ciências Sociais de uma forma livre, o que em certa medida vulgarizou o conceito. Harris (1992) alerta para o rigor no uso do conceito, porque hegemonia pode “explicar tudo”, ou seja, nada explicar. Na presente dissertação, hegemonia será utilizada como a explicação para a construção de um consenso.

<sup>3</sup> Pesquisa recente com usuários do SUS realizada em oito capitais e suas respectivas regiões metropolitanas indica que a população brasileira entende o SUS como parte da sua vida. A análise do conjunto dos resultados permite concluir que, apesar de reconhecer que há problemas em seu funcionamento, os usuários do SUS entendem que o acesso universal à saúde é um direito social e um dever do Estado (CATRO et al., 2006).

Essa metodologia desenvolvida pela OPAS pertence ao quadro de “oferta de idéias”<sup>4</sup> de cooperação técnica da OPAS/OMS, para usar o termo cunhado por Mattos (2000), e foi desenvolvida, a princípio, para ser aplicada em todos os países da região. Em um processo de permanente diálogo, decidiu-se adotar uma linha de cooperação que adaptasse essa metodologia à especificidade do sistema de saúde brasileiro e ao nível estadual de gestão.

Nesse caso concreto de cooperação, o Brasil apropriou-se da metodologia original redesenhando-a, rompendo-se assim com o modelo tradicional de cooperação verticalizada. É justamente esse processo que, nesta dissertação, é tomado como caso para a reflexão a respeito das relações de poder entre atores da cooperação técnica internacional, num contexto de “oferta de idéias”, por parte dos OI, para conformação de políticas públicas nos países.

Tendo esse contexto como referência, a presente dissertação tem como objetivo geral explicar as razões da ocorrência de relações tendencialmente simétricas entre o Estado brasileiro e organismos internacionais na cooperação técnica no campo da saúde. Seus objetivos específicos são: a) discutir a influência dos organismos internacionais no processo de formulação das políticas; b) discutir o papel da sociedade civil, em geral, e de intelectuais orgânicos, em particular, na definição dos rumos da cooperação técnica internacional; c) contribuir para a definição de “horizontalidade” na cooperação técnica internacional; d) descrever e analisar o processo de adaptação das Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP) à realidade brasileira, recuperando elementos pertinentes à simetria/assimetria.

Para isso, esta dissertação está organizada em duas partes. A primeira, destinada à discussão da cooperação técnica internacional e a especificidade brasileira, e a segunda, ao estudo de caso.

A primeira parte divide-se em cinco subpartes. A primeira subparte apresenta uma discussão do cenário internacional onde, sem negar a existência de atores mais empoderados, é ressaltado o caráter relativamente flutuante dos *quanta* de poder entre

---

<sup>4</sup> Mattos cunha essa expressão ao estudar a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial e diz respeito à oferta de recomendações de políticas públicas a serem adotadas pelos países. Embora Mattos não restrinja o uso dessa expressão às propostas originadas pelo banco, é importante assinalar que nesta dissertação essa expressão é usada para referir-se às recomendações de políticas públicas geradas pelos organismos internacionais em geral.

os atores internacionais, e introduz a compreensão da cooperação internacional como um dos campos de disputa de poder no cenário internacional. A segunda subparte apresenta o contexto histórico em que se dá o surgimento da cooperação internacional, que marca as características do modelo tradicional de cooperação internacional. Apresenta também o conceito de cooperação internacional e uma discussão sobre suas múltiplas classificações, buscando assinalar que as mesmas não levam em conta a questão de poder envolvida. A terceira subparte apresenta o contexto da saúde internacional que enseja a prática de cooperação internacional e busca situar o modelo tradicional de cooperação na cooperação internacional em saúde, cuja verticalidade é assinalada, independentemente dos diferentes atores que vêm atuando no setor e tendo sua contraposição, a horizontalidade, pouco caracterizada. Na quarta subparte, a especificidade brasileira de maior simetria nas relações de cooperação internacional em saúde é discutida assinalando-se a presença do pensamento da Reforma Sanitária e sua intelectualidade orgânica como um elemento importante para a conformação dessa simetria. Finalmente, na quinta subparte apresenta-se a metodologia adotada para o desenvolvimento da dissertação.

A segunda parte, destinada ao estudo de caso, foi dividida em quatro subpartes. A primeira subparte apresenta a história do surgimento das FESP no quadro de oferta de idéias da OPAS e a segunda uma descrição da cooperação para adaptação das FESP à realidade brasileira, pontuando as principais alterações conceituais ocorridas durante a cooperação. A terceira subparte apresenta a visão dos atores entrevistados tomando-se sete dimensões analíticas: política, capacidade institucional, natureza do organismo internacional, econômica, liderança, técnica e geopolítica. Na análise dessas dimensões busca-se ressaltar a influência do organismo internacional na conformação da política pública através da cooperação internacional e do pensamento da Reforma Sanitária com sua intelectualidade orgânica na definição da cooperação no campo da política pública. Ainda na análise das entrevistas busca-se levantar elementos que apoiem uma caracterização da horizontalidade. Na quarta subparte faz-se uma breve síntese das FESP como caso de simetria. Posteriormente passa-se a uma caracterização de horizontalidade que é apresentada como contribuição à sua conceituação e, finalmente passa-se às conclusões.

## II – COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL E A ESPECIFICIDADE BRASILEIRA

A discussão desenvolvida na subparte que se segue trata das relações de poder na cena internacional, considerando a existência de um campo para o exercício do protagonismo por parte de atores menos empoderados. É nesse ambiente, marcado por fortes assimetrias, mas também pela construção eventual de relações tendencialmente simétricas, que se desenvolvem as relações de cooperação internacional entre organismos internacionais e Estados nacionais, também marcadas pela tensão entre assimetria e simetria.

### II.1- O CENÁRIO INTERNACIONAL

Em ensaio intitulado “Fragmentos de história e cultura Tupinambá”, o antropólogo Carlos Fausto, entre outros objetivos, procura descrever as relações de poder no interior das comunidades Tupinambá. Essas relações de poder guardariam correspondência com um aspecto mais fundamental dessas sociedades: uma fértil combinação entre solidez e volatilidade.

Assim, no campo das relações intercomunitárias, estabeleciam-se relações de amizade e inimizade, cujos critérios não eram facilmente percebidos por quem observava a partir de um ponto de vista externo. Segundo o jesuíta José de Anchieta, aqueles com quem os Tupinambá comem e bebem, são os mesmos que os Tupinambá, em um momento posterior, “matam e comem” (ANCHIETA *apud* FAUSTO, 1998, p. 385).

Da mesma maneira, as comunidades uniam-se em unidades maiores, especialmente em situação de guerra, quando os chefes de cada unidade pareciam se submeter ao comando de uma chefia superior, transcomunitária. Mas essa liderança era instável, pois somente se exercia enquanto um chefe sobressaía em relação aos demais. Se ele tendia sempre a sobressair, firmava-se como essa liderança transcomunitária, caso do lendário Cunhambebe. Mas bastaria que este deixasse de destacar para perder sua liderança.

No que diz respeito à sucessão da chefia dentro da comunidade, a tendência principal era respeitar a hereditariedade, mas ela teria que ser confirmada pelas

virtudes do herdeiro, quando comparada às dos outros guerreiros. Caso isso não ocorresse, um novo chefe teria que ser escolhido e este poderia, a princípio, ser qualquer outro.

Fausto sustenta que entre os Tupinambá vigia um conceito de norma não mecânico e sim “performativo” (p. 390). Quer dizer, havia uma norma abstrata que somente se completava mediante uma *performance* concreta. Desse modo, não era suficiente haver uma norma que dividia as comunidades entre amigas e inimigas, eram necessários ainda elementos performativos concretos para decidir o papel de cada uma; também era normativo que as comunidades deveriam ocasionalmente ser chefiadas por um líder transcomunitário, mas era a *performance* dos chefes locais que decidia quem seria aquele líder; por último, era uma norma que o filho do chefe seria o novo chefe, desde que se provasse merecedor da chefia, na comparação com os demais.

Fausto retoma a contradição entre norma e *performance* na contradição mais ampla entre estrutura e evento. Em suas palavras:

A estrutura do poder depende do evento, da circunstância, dos caprichos do acontecimento. Esse é o caráter performativo da estrutura tupi (...): em vez de exorcizar o evento, faz dele uma variável estrutural, preservando sempre um resíduo de incerteza (...) (p. 390).

A permeabilidade da estrutura ao evento reforça o aspecto simétrico das relações de poder entre os Tupinambá, sem que com isso se elimine a sua assimetria. Qualquer um pode emergir como chefe, mas, uma vez definido o chefe, ele terá que ser respeitado como tal. Mas, ao mesmo tempo, será objeto desse respeito se se mostrar merecedor, a cada momento.

Para além das questões que concernem estritamente à sociedade Tupinambá, o ensaio de Fausto é significativo do ponto de vista das categorias por ele adotadas, se se admite que a sua abordagem da relação entre estrutura e evento pode ser aplicada a outras relações de poder, como aquelas que se desenvolvem na arena internacional. Projetadas para este âmbito, as categorias adotadas por Fausto podem indicar que ele é regido por um jogo de rigidez e flexibilidade, de assimetria e simetria, de norma e *performance*.

Assim, parece fora de dúvida que determinados atores da arena internacional são portadores de um maior *quantum* de poder que outros e que esses atores mais empoderados tendem a impor aos demais relações assimétricas. No entanto, parece

também excessivamente mecânico supor que essa assimetria sempre se confirme, independentemente da situação concreta em que ocorra a interação. Se as relações internacionais comportam algum grau relevante de flexibilidade, o *quantum* de poder de cada ator tende a variar segundo o contexto, e relações assimétricas podem eventualmente se contaminar de simetria.

Após a queda do Muro de Berlim e o fim do que se convencionou chamar “socialismo real”, assumiu proeminência teórica a tarefa de estabelecer as principais características da nova cena internacional. A antiga ordem bipolar cedeu a vez a um ambiente marcado pela existência de uma única superpotência e, ao mesmo tempo, pela emergência de um sem-número de novos atores.

Segundo Dupas, “o mundo global parece ser hoje muito complicado e cheio de contradições para se dar a esse luxo macabro de manter uma situação imperial e tirânica por muito tempo” (DUPAS, 2005: p. 26) Ele retoma uma metáfora de Joseph Nye, segundo a qual as relações de poder do mundo atual podem ser compreendidas como “um jogo de xadrez tridimensional”. Dupas sistematiza assim a metáfora de Nye:

No tabuleiro de cima está o poderio militar, ocupado quase inteiramente pelos Estados Unidos, única potência mundial que pode fazer a guerra onde quiser e com seus próprios recursos. O tabuleiro do meio é do poderio econômico, com Estados Unidos, Europa e Japão ocupando dois terços do PIB mundial e China correndo velozmente em busca do seu lugar. Finalmente, o tabuleiro inferior é o reino dos múltiplos atores sociais em nível local e internacional. Nele estão organizações da sociedade civil, grandes e médias empresas, traficantes, pacifistas, terroristas, parte das mídias independentes, intelectuais e outras forças complexas, dinâmicas e razoavelmente autônomas. É nesse tabuleiro que as tecnologias da informação operam como disseminadoras de instrumentos de poder, tornando as distâncias menores e os riscos maiores. A idéia aqui é que, participando desse jogo tridimensional, a potência hegemônica pode perdê-lo se não olhar o segundo e o terceiro tabuleiros com muita atenção. É no terceiro tabuleiro – que não é dos poderes militar nem do econômico convencionais – que podem ocorrer lances decisivos para abalar a arrogância imperial (DUPAS, 2005: p. 26).

Assim, a visão de Dupas alerta para a possibilidade de atores menos empoderados explorarem fissuras do sistema de dominação imposto pelos atores mais empoderados, com vistas a exercerem um protagonismo mais decisivo. Sua análise não somente assinala uma possibilidade, mas também expressa uma forte confiança na realização dessa possibilidade.

Uma superpotência não é apenas um Estado poderoso, é também, em alguma medida, uma referência, uma fonte de valores, um parâmetro, um modelo – que pode ser seguido ou rejeitado. Isso não significa que, no período dominado pela rivalidade entre Estados Unidos e União Soviética, só houvesse o capitalismo e o “socialismo real” como opções civilizatórias, como caminhos a tomar, mas sim que ambas as superpotências funcionavam como referências poderosas ao mundo e como contraponto de poder uma à outra. Do mesmo modo, agora que só restam os Estados Unidos como superpotência, não se coloca ao restante do mundo uma espécie de relação plebiscitária, de acordo com a qual só caberia aos outros países e habitantes do planeta adotar ou rejeitar a via apontada por Washington. Há espaço para a invenção e ao menos a tentativa de implementação de outros projetos, voltados para a ordem global ou aspectos socialmente relevantes dessa ordem.

Numa tentativa de compreender as tensões entre as diferentes linhas de força do mundo contemporâneo, num momento em que ainda vigia a ordem bipolar, Bright e Geyer, as concebem como “uma interação tensa, contínua entre forças que promovem a integração global e forças que recriam a autonomia local”<sup>5</sup> (*apud* MARCUS, 1993, p. 309). Os autores deixam claro que não se trata de um conflito entre forças pró-globalização e antiglobalização, mas sim uma luta protagonizada pelas forças locais para estabelecer uma integração que respeite as diferentes identidades.

Nas palavras dos autores: “É antes um esforço para estabelecer os termos de uma participação autodeterminada e autocontrolada nos processos de integração global e a luta por uma ordem planetária”<sup>6</sup> (p.309). Os autores utilizam o termo “ordem planetária” no sentido de uma construção de todos os atores do planeta, em vez de uma ordem baseada no domínio de um superator. Traduzido esse conflito para os termos adotados neste trabalho, o mundo contemporâneo seria a resultante da luta entre, por assim dizer, forças da simetria *versus* forças da assimetria, forças “horizontalizantes” *versus* forças “verticalizantes”.

Ao se propor questão semelhante, a saber, se “as identidades nacionais estão sendo ‘homogeneizadas’” pelo chamado processo de globalização, Stuart Hall

---

<sup>5</sup> Tradução livre minha do original em inglês: ‘(...) the tense, ongoing interaction of forces promoting global integration and forces recreating local autonomy.’

<sup>6</sup> No original: ‘It is rather an effort to establish the terms of self-determining and self-controlled participation in the processes of global integration and the struggle for planetary order.’

considera que um “sim sem mais” a essa questão seria “simplista, exagerado e unilateral”. Em lugar disso, Hall, na trilha de Bright e Meyer, sustenta que “ao lado da tendência em direção à homogeneização global, há também uma fascinação com a *diferença* e com a mercantilização da etnia e da ‘alteridade’” e que “há, juntamente com o impacto do ‘global’, um novo interesse pelo ‘local’” (grifo do autor) (2003: p. 77).

Assim, se não se trata meramente de se alinhar ou não à superpotência da vez; e se, na intensificação do processo de integração de Estados e culturas, há espaço de liberdade e protagonismo genuíno para os atores menos empoderados, é razoável sustentar que o *quantum* de poder que cabe a cada ator não está definido de uma vez por todas, no atual quadro mundial, nem que esse quadro seja definitivo.

Num ensaio intitulado “O mundo em pedaços”, que já por seu próprio título sublinha o caráter aberto do atual cenário mundial, o antropólogo Clifford Geertz ressalta a precariedade dos termos que servem de base ao debate acerca das relações internacionais, como “nação”, “Estado”, “país”, “sociedade”, “povo”. Para o autor, esses termos “têm uma ambigüidade perturbadora, incorporada em seu alcance, seu propósito e sua definição” (2001: p. 202).

Geertz argumenta que, quando pronunciamos o nome de um país, sentimos que esse nome mobiliza também os conceitos ou noções de nação, sociedade e povo. No entanto, sentimos simultaneamente que esses termos direcionam a nossa atenção para uma série de outros sentidos que se abrigam, se agitam e ressoam no seu âmbito:

(...) o sangue, a raça, a descendência e os mistérios e mistificações da semelhança biológica; (...) a lealdade política e civil e (...) as indivisibilidades da lei, da obediência, da força e do governo; (...) a agregação geográfica, a demarcação territorial e o sentimento de origem, pátria e hábitat; (...) a interação, o companheirismo e a associação prática, o encontro de pessoas e o jogo de interesses; e (...) a afinidade cultural, histórica, lingüística, religiosa ou psicológica – (...) a quiddidade do espírito (p. 202, 203).

O escopo do ensaio de Geertz é a postulação do que ele chama um liberalismo renovado, marcado pela consciência da diversidade intrincada – e muitas vezes tensa – vigente no mundo. Para as circunstâncias do mundo atual e seus desdobramentos de curto e médio prazo, no caso de vingar, esse liberalismo será necessariamente modesto e deverá se exercer não no contexto de um profundo e autêntico entendimento, mas sim de uma “paz de baixa intensidade”.



Apesar de reconhecer o lastreamento do liberalismo na cultura ocidental, o apelo de Geertz à construção e exercício desse novo liberalismo (porque seu ensaio não deixa de ser um apelo) é dirigido a todos aqueles que se dispõem a assumir “seu compromisso mais profundo e mais central: a obrigação moral de ter esperança” (p. 228). De todo modo – e isso é o mais relevante para os objetivos deste trabalho –, Geertz enxerga um espaço de tolerância e diálogo, portanto de protagonismo, ao alcance de atores portadores dos mais diferentes *quanta* de poder.

Assentado na convicção de que a atual conformação do mundo está com seus dias contados, Immanuel Wallerstein, em seu *O declínio do poder americano*, acredita que a nova ordem mundial será a resultante de três clivagens:

(1) a luta na chamada Tríade – os Estados Unidos, a União Européia e o Japão – nas suas tentativas para ser o principal espaço de acumulação de capital nas próximas décadas; (2) a luta entre norte e sul, ou entre zonas principais e as outras zonas da economia-mundo, dada a contínua polarização – econômica, social e demográfica – do sistema-mundo; (3) a luta entre o espírito de Davos e o espírito de Porto Alegre<sup>7</sup> em relação ao tipo de sistema-mundo que pretendemos construir (2004: p. 279).

Wallerstein divide sua análise da primeira clivagem em dois períodos distintos: a) o primeiro, aproximadamente entre o fim da II Guerra Mundial e a crise do petróleo de 1973; e b) o segundo, de 1973 até nossos dias. O primeiro período foi marcado por extraordinária expansão econômica, liderada pelos Estados Unidos e, por isso, particularmente vantajosa econômica e militarmente para esse país, mas também altamente benéfica para Europa e Japão. Sintomaticamente, o lema desse período era: “A subida da maré eleva todos os barcos” (p. 280).

O segundo período, que se encontraria em seus momentos finais, é marcado, entre outros aspectos, pelo crescimento do peso econômico relativo das atividades especulativas e do crescimento. É um período de acirramento das rivalidades no seio da tríade, em que cada um procura “exportar desemprego” (p.281) para os outros e preservar ou aumentar sua riqueza às custas dos rivais. Este período, portanto, é marcado pelo sucesso excludente de um em relação ao dos demais. As maiores perdas, segundo

---

<sup>7</sup> Davos – cidade suíça que sedia anualmente o Fórum Econômico Mundial, que reúne líderes da economia mundial, como empresários, ministros da Economia e presidentes de banco centrais, diretores do FMI, Banco Mundial e organismos internacionais; Porto Alegre – cidade brasileira que sediou duas edições do Fórum Social Mundial, movimentos sociais, redes, ONGs e outras organizações da sociedade civil, opostas ao chamado neoliberalismo, ao domínio do capital e ao imperialismo.

Wallerstein, vêm recaindo sobre os Estados Unidos, apesar de este país ainda se encontrar na posição de líder da tríade, por sua força econômica e militar.

A largada para o terceiro período encontraria as diferenças entre os três integrantes da tríade praticamente zerada, com a diferença de que esse encontro no marco zero encontraria os Estados Unidos em queda e a Europa e o Japão em ascensão. Este, para Wallerstein, deverá ser um novo período de expansão. Em vez de a liderança ser exercida isoladamente por um dos três, com significativos ganhos para os demais, que, como vimos, foi a marca do primeiro período, este deverá rivalizado por Europa e Japão. Cada um deles tentará exercer sua liderança tentando privar o rival dos ganhos econômicos mais substanciais e tendo os Estados Unidos como parceiro menor.

A clivagem norte-sul corresponde à contradição de interesses entre os países ricos, capitaneados pela tríade, e os países dos chamados terceiro e quarto mundo, com destaque para Rússia, China, Índia, Brasil, Indonésia, Coreia do Sul e outros. Embora considere que há no sul países cooptados como autênticos satélites do norte, para Wallerstein a contradição norte-sul é real e está baseada no fato de que o norte “monopoliza os processos produtivos avançados, controla as instituições financeiras mundiais, domina o saber e os meios de comunicação mundiais e, mais importante, tem a força militar” (p. 287).

No mesmo período em que o norte em conjunto prosperava, ou seja, entre meados da década de 1940 e o início da década de 1970, o sul, guiado por diferentes versões do “desenvolvimentismo”, acalentava o sonho de se modernizar e alcançar os padrões socioeconômicos dos países ricos. Acabou esbarrando, no entanto, numa ordem mundial mais rígida do que supunha. O desenvolvimento desses países dependeria de uma redivisão da riqueza do mundo, pela qual os países do norte não se interessaram.

Esse fracasso foi interpretado pelo sul de diferentes formas, que suscitaram estratégias de relacionamento conflituoso com o norte basicamente de três tipos: “(1) a afirmação de uma alteridade radical, usando uma retórica estranha ao sistema-mundo moderno; (2) o confronto direto, usando instrumentos e retórica decorrentes do sistema-mundo existente; (3) a transferência de população” (p. 288).

A primeira estratégia resultou em diversas formas de repúdio aos valores e à trajetória civilizatória do Ocidente e tem como expoente mais ativo no cenário

internacional o chamado fundamentalismo islâmico. Sua atuação provocou importantes mudanças na correlação de forças nos países onde o Islã possui grande número de adeptos, tendo, em alguns casos, levado ao poder os grupos que o defendem. De certo tempo para cá, atuação os grupos fundamentalistas islâmicos não têm mais limitado sua ação à tentativa de conquista do poder nacional, protagonizando iniciativas de caráter tipicamente internacional. No plano nacional, seu feito mais destacado foi a revolução iraniana, em 1979; no plano internacional, a derrubada das torres do World Trade Center de Nova York, em 2001.

A segunda estratégia representa um novo estágio da ação dos partidos e grupos “desenvolvimentistas”. No seu horizonte, persiste o objetivo de modernizar seus países ou então de substituí-lo pela punição aos países ricos, por meio de um confronto armado Estado *versus* Estado. Essa estratégia, que teria sido empregada por Saddam na invasão do Kuwait, como forma de hostilidade contra os Estados Unidos, tem certamente um alcance limitado, em virtude da disparidade de poderio militar e econômico entre os Estados do sul e os do norte. Exemplo eloqüente disso é o quadro devastador criado pela invasão estadunidense do Iraque. Se é verdade que os Estados Unidos não conseguiram uma vitória completa nessa guerra, não deixa de ser verdade que Saddam sofreu uma derrota devastadora, embora seus antigos seguidores ainda resistam.

Das três, a estratégia mais efetiva, para Wallerstein, é a terceira. Essa mal pode ser chamada de estratégia, pelo fato de não ser fruto de um planejamento dos países do sul, mas sim o resultado de características demográficas complementares do norte e do sul. Nas palavras de Wallerstein,

Os Estados do norte não reproduzindo suas populações em número suficiente para satisfazer suas necessidades de emprego e de manter gente suficiente em idade laborativa para sustentar os programas de transferências econômicas (seguridade social e cuidados médicos, essencialmente) para a percentagem constantemente crescente da população com mais de 65 anos. O norte precisa de imigrantes. Precisa muito (p. 293).

Por sua vez, o sul possui um excesso relativo de mão-de-obra, que não encontra oportunidades de trabalho adequadas em seus países de origem. Porém, esses imigrantes, potenciais ou reais, não gozam de prestígio sociopolítico e cultural junto a boa parte da população dos países ricos. Imprensados entre a necessidade socioeconômica de

acolher os imigrantes e a significativa aversão à idéia manifestada por parte da população, os governos do norte têm adotado posturas ambíguas, e a questão tem-se resolvido e complicado com as grandes levas de imigrantes ilegais, fator de transferência dos conflitos norte-sul para o interior dos países do norte.

A terceira clivagem é a que merece maior destaque por parte de Wallerstein. Para ele, “o espírito de Davos e o espírito de Porto Alegre estão em contraposição direta”. Seguindo adiante com seu raciocínio:

Davos surgiu para ser um local de encontro dos poderosos e aspirantes a poderosos do mundo, procurando coordenar suas ações e estabelecer um programa normativo em nível mundial, um evangelho a ser espalhado. Porto Alegre surgiu para desafiar Davos – a sua filosofia subjacente, os seus programas específicos, a sua visão do futuro. O slogan de Porto Alegre é “outro mundo é possível”. Outro em relação a quê? Obviamente, ao mundo imaginado e implementado por Davos (p. 295).

Wallerstein considera que a atual ordem mundial não tem condições de durar mais que 50 anos e que, ao mesmo tempo, não é possível saber que tipo de ordem a sucederá. As únicas coisas que é possível saber é que ela será mais ou menos simétrica, mais ou menos justa e igualitária, e que o grau de simetria, justiça e igualdade dependerá da luta entre os espíritos de Davos e o de Porto Alegre. Enquanto a atual ordem se esgota, decidem-se no seu seio agonizante os valores e atores que regerão a nova ordem.

Assim, Wallerstein localiza no presente os embates que decidirão o perfil de uma ordem que somente vigerá no futuro. Se houver, *neste momento*, uma atuação mais intensa e qualificada dos atores menos empoderados, o mundo futuro será mais equilibrado na distribuição dos *quanta* de poder entre os diversos atores. Ou seja, para ele o protagonismo dos atores menos empoderados pode aumentar não somente o grau de simetria no mundo atual, mas também no mundo futuro.

Os pontos de vista de Wallerstein e outros, acerca de um suposto “prazo de validade” da atual ordem mundial e do alegado declínio do poder americano, vêm sendo contestados por outros analistas. Num ensaio intitulado “Relações de poder e a política macroeconômica americana, de Bretton Woods ao padrão dólar flexível”, o economista Franklin Serrano argumenta frontalmente contra as teses que defendem um enfraquecimento do poder americano no cenário mundial e da ordem sobre a qual esse poder está fundado.

Segundo Serrano,

(...) a visão da ‘decadência econômica americana’, isto é, a idéia de que a economia americana seria inerentemente frágil financeiramente e crescentemente ‘dependente do exterior’ e que, portanto, estaria sempre a beira de uma grave crise, tem ficado cada vez mais popular entre os economistas críticos (2004, p. 180).

Serrano rebate frontalmente esse argumento e sustenta que “o Estado americano, de fato, conscientemente tem tentado (e conseguido) manter o sistema sob razoável controle”. E arremata: “Na realidade, o resto do mundo é que está cada vez mais dependente do mercado, da moeda e das decisões de política econômica dos EUA, freqüentemente tomadas a partir de prioridades internas deste país” (p. 180).

O alegado sucesso dos Estados Unidos na defesa de sua posição econômica hegemônica deve-se, segundo Serrano, à adoção de bem-sucedidas políticas macroeconômicas (fiscais, monetárias, cambiais e de renda) que deram resposta a questões internas relativas ao crescimento econômico, o nível de emprego, o controle da inflação etc. O enfrentamento das questões econômicas internas teria se dado articulado a objetivos externos de ordem econômica e geopolítica. Mais especificamente, os EUA teriam sempre se pautado, desde que assumiram a posição de nação proeminente, por uma “prioridade explícita de impedir o surgimento de uma restrição externa efetiva” (p. 180-181) a suas políticas macroeconômicas.

Serrano segmenta as políticas macroeconômicas estadunidenses em dois períodos: de 1947 até o final da década de 1970; e de 1979 até os dias atuais. O primeiro período é subdividido em dois. Entre 1947 e meados dos anos 1960, os EUA perseguiram, segundo o autor, “uma elevada taxa de crescimento e altos níveis de emprego”, além da “rápida reconstrução e o desenvolvimento dos países aliados na Guerra Fria” (p. 181).

O final dos anos 1960 encontra o governo dos EUA sob fortes pressões, advindas tanto da frente interna quanto da externa. Na frente interna, intensifica-se a mobilização dos trabalhadores e dos setores mais pobres por uma melhor distribuição de renda. Paralelamente, crescem os movimentos de contestação política, ideológica e social, protagonizados por negros, mulheres, estudantes e intelectuais, que exigem mais liberdade e igualdade. Na frente externa, as contradições com o chamado bloco socialista e o acirramento das tensões com o terceiro mundo, associados às demandas de europeus e japoneses por uma fatia maior do poder global, põem em cheque a posição dos EUA.

Num primeiro momento, os EUA teriam reagido a essas pressões mantendo como prioridade a obtenção de altas taxas de crescimento e de emprego, mesmo com a aceleração da inflação. Essa postura gerou descontentamento entre o empresariado exportador que, devido à inflação, se viu praticando preços pouco competitivos no mercado exterior. Mesmo assim, os EUA conseguiram manter, ainda que relativamente menor, um superávit na sua balança comercial. Porém, a balança de pagamentos do país apresentava um déficit significativo “devido à grande saída de capital resultante dos investimentos diretos, ajuda externa, gastos militares no exterior e empréstimos para os demais países” (p. 195).

A redução do superávit comercial e o déficit da balança de pagamentos passaram a pressionar perigosamente o saldo em conta corrente dos EUA. No argumento de Serrano, caso esse saldo se tornasse cronicamente negativo, os EUA se veriam na crônica condição de devedores de outros países. Ainda segundo Serrano, como no sistema de Bretton Woods o dólar era diretamente conversível em ouro, cedo ou tarde os países credores iriam requerer que seus créditos em dólares fossem pagos em ouro, o que afetaria as reservas estadunidenses do metal.

Assim, o país se viu aparentemente no fim de um beco sem saída. Para evitar o déficit em conta corrente e o saque das suas reservas em ouro, precisava melhorar seu desempenho na balança comercial, e isso só poderia ser feito com uma forte desvalorização do dólar. No entanto, a desvalorização do dólar implicava o fim do sistema de Bretton Woods, já que este tinha como um de seus pilares o preço fixo do dólar em ouro. Com a desvalorização, essa relação se alteraria, e o dólar perderia sua posição de “moeda internacional” (p. 197). Evidentemente, nem a perda de reservas em ouro nem a da hegemonia internacional do dólar interessavam aos EUA.

Foram realizadas diversas negociações entre os EUA e seus aliados para tentar encontrar uma solução para o problema. Não se conseguiu construir uma que satisfizesse a todos os envolvidos e, em 1971, os EUA decidiram abandonar unilateralmente a conversibilidade do ouro em dólar e promoveram a desvalorização de sua moeda. Como se não bastasse, impuseram “uma tarifa extra sobre todas as importações” (p. 198), vigente até 1973. Com essas duas medidas os EUA, naturalmente, reverteram a tendência à deterioração de sua posição na balança comercial. Porém, isso foi conseguido

com a manutenção da posição do dólar como moeda internacional. O país saiu, portanto, da crise, sem necessidade de fazer qualquer concessão e com sua posição internacional fortalecida. Do aparente beco sem saída, os EUA acharam uma saída ideal.

Não satisfeitos com essa dupla vitória, os EUA promoveram mudanças na orientação da sua política de segurança energética, especialmente a do petróleo. A mera desvalorização do dólar já havia por si mesma provocado forte elevação dos preços das *commodities*, o que incluía o petróleo. Como reforço considerável dessa tendência, os países produtores de petróleo, reunidos na OPEP, pressionavam por reajustes no preço do produto.

Aos EUA não interessava aumentar as tensões com os países árabes, principais membros da OPEP, tanto em virtude de considerações de ordem geopolítica quanto de ordem econômica interna, dada a situação de grande dependência de fornecimento externo de sua indústria petrolífera.

Os preços internacionais do petróleo, que, a partir de 1971, vinham sofrendo significativas aumentos, explodem em 1973, e no intervalo de menos de um ano chegam quase a quadruplicar. Esses aumentos astronômicos provocaram num primeiro momento uma transferência de renda dos países ricos para os países mais pobres, em especial os exportadores de petróleo. Os EUA, no entanto, conseguiram que essa conta fosse paga principalmente por seus aliados, dada a posição vantajosa que haviam obtido na sua relação com eles, quando do rompimento das bases de Bretton Woods.

Em 1979, sob o efeito do chamado segundo choque do petróleo, causado pela revolução iraniana, que fez o preço do produto quase triplicar, os EUA decidiram envidar esforços na estabilização do comércio internacional. Para isso, promoveram significativa alta de sua taxa de juros e forte valorização do dólar. O efeito combinado dessa medidas, aliado ao preço do petróleo, que, mesmo com a valorização do dólar, manteve-se ainda num patamar elevado, foi a estagnação de boa parte da economia mundial até 1985. A alta taxa de juros nos EUA e a valorização do dólar atraíram enormes somas de capital para o país, sob a forma de capital improdutivo, enquanto o preço do petróleo inibiu a importação do produto por parte dos países industrializados.

Serrano argumenta que, apesar dos lucros auferidos pelos setores especulativos, estes não se deram à custa do chamado empresariado produtivo, mas sim dos

trabalhadores. O autor relata que, especialmente, durante o governo Reagan, ou seja, a partir de 1981, os trabalhadores sofreram drástica compressão de sua renda, conseguida com o aumento da repressão sindical e a entrada de grandes contingentes de mão-de-obra imigrante não-qualificada. Assim, as extraordinárias oportunidades oferecidas ao capital improdutivo pelas elevadas taxas de juros foram até certo ponto acompanhadas pelo aumento da taxa de lucro nos setores produtivos, em virtude do arrocho salarial.

Os lucros auferidos nos dois setores geraram um processo de acumulação de capital que impulsionou a retomada do desenvolvimento econômico nos EUA a partir de 1983. Esse capital foi suficiente ainda para sustentar os gastos dos Estados Unidos na corrida armamentista contra a União Soviética. Diferentemente dos EUA, sua rival não dispunha de “gordura” econômica para queimar na produção de caros e sofisticados equipamentos e artefatos bélicos e acabou se enveredando no que se revelou uma trama armada pelos EUA para conduzi-la à ruína econômica.

Em 1985, os EUA estabeleceram mais um acordo de “cooperação” econômica com seus aliados, o Acordo de Plaza. Por ele, os Estados Unidos obtinham, mais uma vez, o pleno atendimento de suas demandas econômicas estratégicas, sem que isso implicasse qualquer contrapartida relevante. O acordo estabelecia uma nova desvalorização do dólar, essencial para a melhora do desempenho estadunidense no comércio internacional; estabelecia também que as taxas de juros internas dos EUA deveriam permanecer relativamente altas, porém inferiores às dos países aliados. Esta última medida implicava uma espécie de meio termo conveniente ou ponto ótimo em termos de atratividade para os investidores, pois conciliava altos rendimentos em aplicações improdutivas nos EUA e, ao mesmo tempo, grande atratividade relativa para o capital produtivo, quando confrontada com aquela oferecida pelos demais países desenvolvidos.

Segundo Serrano, a atual correlação de forças no campo econômico internacional foi basicamente estabelecida com o “pulo do gato” da abolição do Sistema de Bretton Woods, dado pelos EUA em 1971. No entanto, segundo ele, os EUA somente teriam aprendido a manejar com mestria o novo sistema, o do padrão dólar flexível, a partir de 1979, daí essa data marcar para esse autor a emergência de um novo período nas relações econômicas internacionais.



Não está no horizonte deste trabalho proceder a uma discussão crítica especializada sobre as flexões das políticas econômicas adotadas pelo governo dos Estados Unidos em diferentes conjunturas, tampouco decidir quem está com a razão na polêmica acerca do enfraquecimento, manutenção ou fortalecimento do poder econômico estadunidense. O recurso ao argumento de Serrano se deve a sua defesa da possibilidade e sucesso do protagonismo dos EUA, mesmo quando fortes tendências pareciam reduzir drasticamente as margens de manobra da superpotência.

Para Serrano, a quebra da atual ordem econômico-financeira mundial, seria possível somente se houvesse uma recusa generalizada, orquestrada ou espontânea, dos outros países ao dólar como moeda internacional. Recusas isoladas implicariam pura e simplesmente na exclusão do elemento “rebelde” do sistema econômico mundial. Enquanto isso não ocorrer, os EUA poderão manejar as peças do jogo econômico a seu bel-prazer, a partir das redefinições de sua política macroeconômica, em especial sua política cambial e de juros.

Pode-se argumentar, contrariamente a Serrano, que sua análise considera somente aspectos econômicos e negligencia os meios não-econômicos de obter vantagens econômicas, como a chantagem e a agressão bélicas. No entanto, é preciso ter em vista que a chantagem e a agressão bélicas também são formas de atuação no cenário internacional, portanto, são também formas de protagonismo. Além disso, a introdução dos aspectos militares na abordagem dos fatores que vêm implicando a supremacia econômica dos EUA pode reforçar a linha argumentativa de Serrano, que enxerga grande engenhosidade na condução dos assuntos econômicos por parte dos dirigentes estadunidenses.

Essa engenhosidade seria responsável pela reversão de cenários desfavoráveis em conjunturas econômicas extremamente favoráveis. Serrano destaca, por exemplo, que a Inglaterra, quando desfrutava da hegemonia econômica mundial, havia tentado também, porém sem sucesso, desvincular a libra do ouro, para obter relações vantajosas no comércio internacional. Do ponto de vista mais geral, o ponto de vista de Serrano diverge frontalmente do de Wallerstein, que parece enxergar certo fatalismo no declínio do poder americano e no esgotamento da ordem capitalista mundial, sem decidir como os marxistas – estes ainda mais fatalistas – que essa ordem deverá ser substituída por um sistema econômico mais evoluído.

Se colocados na balança os ingredientes militares, podem ser encontrados novos argumentos pró-flexibilidade e anti-rigidez e antifatalidade dos fatores favoráveis ao declínio dos EUA. Têm-se em vista aqui teses, como a de Paul Kennedy, que sustenta, como espécie de lei válida para todos os períodos históricos, que as grandes potências tendem a gastar, mais do que sua economia permite, em armamentos e manutenção de contingentes militares, como forma de inibir e reprimir eventuais manifestações de desobediência, sob a forma de guerras e revoluções. Quando começa seu declínio econômico, suscitado inclusive por gastos militares excessivos, “elas reagem instintivamente gastando mais com a ‘segurança’ e, com isso, afastando do ‘investimento’ recursos potenciais, e agravando seu dilema a longo prazo” (KENNEDY, 1989: p. 9).

A tomar a sério os argumentos de Serrano, os EUA, por meio do manejo do dólar, vêm conseguindo, a contrapelo da “lei” enunciada por Kennedy, fazer com que o restante do mundo pague suas astronômicas contas militares. Desse modo, em vez de uma dicotomia entre poderio econômico e poderio militar, os EUA estariam conseguindo estabelecer uma relação de reforço recíproco entre um e outro. A fragilidade do ponto de vista de Serrano parece residir numa rigidez invertida: se Wallerstein destaca a virtual impotência dos EUA diante do seu declínio, Serrano parece crer na impotência, pelo menos até aqui, dos demais países diante das manobras macroeconômicas dos EUA.

Dito de outro modo, no jogo entre estrutura e evento, Wallerstein parece esmagar o protagonismo dos EUA sob o peso implacável da estrutura, supostamente fadada a ruir, enquanto Serrano parece inflar o protagonismo dos EUA, para ele capaz inclusive de moldar a estrutura de poder internacional a seu bel-prazer. A bem da verdade, parece se enfraquecer em uma e outra análise a idéia de *jogo* entre estrutura e evento, vigorando na análise de Wallerstein uma supervalorização da estrutura, em detrimento do evento, e na de Serrano uma supervalorização do evento, em detrimento da estrutura.

O *quantum* de poder e protagonismo dos diferentes países é um dos principais temas associados ao da globalização. Em geral, os críticos da globalização tendem a vê-la como um processo que privilegia economicamente os países mais ricos, especialmente os Estados Unidos, e retira a iniciativa política dos países mais pobres. Num estudo denominado “Globalização, crescimento e pobreza”, especialistas do Banco Mundial sustentam uma visão mais flexível desse processo, relativamente aberto à

intervenção qualificada dos países mais pobres, que poderiam auferir grandes benefícios, caso viessem a adotar estratégias adequadas de integração à economia global. É verdade que, segundo os autores, em parte, mas somente em parte, esse sucesso dependeria também de certa “boa-vontade” dos países mais ricos.

Num esforço de estabelecer uma melhor compreensão das características específicas do atual processo de globalização, o estudo procede à análise de outros processos de globalização ocorridos no passado e destaca que esta é, na verdade, a terceira grande onda de integração das diversas economias nacionais, com vistas a formar uma única economia global.

A primeira onda teria ocorrido entre 1870 e 1914 e teria sido “desencadeada por uma combinação de custos decrescentes de transportes, como a mudança do barco à vela para os navios a vapor e a redução das barreiras tarifárias, que teve como pioneiro o acordo Anglo-Francês”. O baixo custo dos transportes e as condições mais favoráveis ao fluxo de mercadorias no plano internacional, associados à existência de terras abundantes disponíveis para a produção agrícola voltada para a exportação, especialmente nas Américas, resultou numa gigantesca onda migratória que fez com que “os fluxos totais de mão-de-obra durante a primeira onda da globalização chegassem a quase 10 por cento da população mundial” (BANCO MUNDIAL, 2003: p. 47).

A produção agrícola para a exportação necessitava, naturalmente, de grande aporte de capitais, normalmente não disponíveis nos países produtores. Assim,

foram criadas instituições necessárias para os mercados financeiros. Essas instituições, combinadas com a melhoria da informação permitida pelo telégrafo, possibilitaram que os governos dos países em desenvolvimento tivessem acesso aos principais mercados financeiros. De fato, durante esse período, cerca de metade de toda a poupança inglesa estava canalizada para o exterior. Em 1914, o estoque de capital estrangeiro nos países em desenvolvimento havia aumentado [de aproximadamente 9 por cento] para 32 por cento de sua renda (p. 48).

Como resultado dessa onda globalizadora, o estudo sustenta que a maior parte dos países que nela tomaram foram beneficiados com um grande impulso em seu desenvolvimento, o que incluiu tanto os exportadores quanto os importadores de produtos primários, manufaturados, pessoas e capitais. Nas palavras dos especialistas: “Argentina, Austrália, Nova Zelândia e Estados Unidos tornaram-se alguns dos países mais ricos do

mundo exportando produtos primários enquanto importavam manufaturados, pessoas e capital. Todos esses países deixaram o restante do mundo para trás” (p. 48).

O estudo destaca que os efeitos distributivos dessa primeira onda de globalização foram contraditórios: se, por um lado, a onda globalizadora aumentou a desigualdade, por outro, reduziu a participação proporcional das pessoas pobres no total da população mundial, embora o número absoluto de pobres tenha aumentado.

Entre 1914 e 1945, o mundo teria vivido um recuo para o nacionalismo e o protecionismo. Esse recuo teria sido responsável por uma redução abrupta dos fluxos internacionais de mercadorias, pessoas e capitais. Como resultado desse processo de fechamento e desintegração, a economia mundial teria crescido num ritmo muito mais lento do que aquele apresentado entre 1870 e 1914, a desigualdade teria mantido sua tendência ascendente e a pobreza teria crescido em termos proporcionais e absolutos. Mesmo assim, segundo os autores, “esse foi um grande período em termos de expectativa de vida por causa da disseminação global dos avanços na saúde pública” (p. 51).

Segundo os especialistas, uma nova onda de globalização teria ocorrido entre 1945 e 1980. No entanto, essa onda teria sido bastante seletiva em relação à questão da inclusão de atores e fatores. Assim, os países pobres e em desenvolvimento tiveram nela uma participação bastante precária, tendo ficado reduzidos à condição de exportadores de produtos primários e importadores de produtos manufaturados. Ou seja, esses países ficaram excluídos do fluxo de capitais e de mão-de-obra.

Outros foram os termos que essa onda estabeleceu para o relacionamento entre os países ricos:

Em contraste, para as nações mais ricas, a segunda onda de globalização foi espetacular. A remoção das barreiras entre elas expandiu, e muito, a troca de manufaturados. Pela primeira vez a especialização internacional da produção se tornou importante, permitindo que economias de escala e aglomeração fossem obtidas. Isso ajudou a elevar a renda dos países ricos em relação aos demais países (p. 52).

O que os autores entendem por economias de aglomeração está relacionado aos chamados *clusters*. Estes se constituem da concentração espacial de empresas que produzem o mesmo produto com outras envolvidas nas etapas preliminares do processo, como a produção de máquinas e o fornecimento de matérias-primas necessárias à produção da mercadoria final. Dada a escala, a proximidade e a integração das

instalações dos diferentes agentes envolvidos na produção, os custos tendem a ser bastante reduzidos.

Nessa segunda onda de globalização, os *clusters* foram instalados apenas nos países ricos, o que foi desastroso para a competitividade internacional das empresas dos países em desenvolvimento. Em função disso, “a maioria dos países em desenvolvimento não participou do crescimento do comércio global de manufaturados e serviços” (p. 53). Procedendo à análise dos aspectos que agravaram a condição desfavorável dos países mais pobres, os especialistas destacam:

A combinação de persistentes barreiras comerciais nos países desenvolvidos e nas nações em desenvolvimento, um ambiente de investimento ruim e políticas anticomerciais limitou os países em desenvolvimento à dependência de produtos primários. Ainda em 1980, somente 25 por cento das exportações de mercadorias dos países em desenvolvimento eram produtos manufaturados (p. 53).

Segundo o estudo do Banco Mundial, a segunda onda de globalização teve efeitos diferenciados sobre os dois sistemas de comércio sobre os quais se assentou: o Norte-Sul e o intra-Norte. No interior deste último, “países industriais de baixa renda alcançaram os de alta renda” (p. 54) e, na maioria dos casos, as desigualdades sociais no interior desses países também se tornaram menos acentuadas. Não à toa, esse período correspondeu à vigência do chamado Estado de bem-estar social nas nações desenvolvidas.

Quanto aos países em desenvolvimento, a segunda onda de globalização, apesar de apresentar um aumento da renda *per capita* em relação ao período entre guerras, esse aumento foi “substancialmente mais lento do que nas economias ricas” (p. 54), o que acabou fazendo com que as economias em desenvolvimento fossem “deixadas pra trás pelos países desenvolvidos” (p. 55). Houve aumento da expectativa de vida e do número de matrículas na escola, mas cresceu o número absoluto de pobres e os níveis de desigualdade se mantiveram os mesmos dentro dos países e entre eles.

A terceira e atual onda de globalização apresenta, segundo o estudo, diferenças marcantes. Em primeiro lugar, vários países em desenvolvimento se integraram de forma mais plena no mercado global. Em segundo lugar, aprofundou-se o processo de exclusão de outros países em desenvolvimento, que vêm exibindo alarmante redução de renda e aumento da pobreza. Em terceiro lugar, os fluxos de mão-de-obra e capitais, que praticamente se estagnaram durante a segunda onda, sofreram enorme incremento.

Essa inserção mais plena de parte dos países em desenvolvimento no mercado global traduz-se, por exemplo, no aumento do peso relativo, em sua pauta de exportações, de manufaturados e serviços. Assim, se em 1980 apenas 25 por cento dos produtos exportados pelos países em desenvolvimento eram manufaturados, em 1998 essa porcentagem atingiu 80 por cento. Seguindo a mesma tendência, no mesmo período, o peso relativo dos serviços na pauta de exportações evoluiu de 9 para 17 por cento.

Na tentativa de elencar as causas da requalificação da performance dos países em desenvolvimento mais globalizados no comércio mundial, o estudo destaca, entre outras, as seguintes causas: queda de tarifas sobre a entrada de manufaturados nos países mais ricos; liberalização à entrada de produtos e capitais nos países em desenvolvimento mais globalizados; melhora no seu ambiente de investimentos – maior segurança jurídica, investimentos em infra-estrutura, eficiência nos fluxos de informação etc. –, que atraiu investimentos externos e aumentou a competitividade de suas empresas; investimentos em educação e saúde etc.

Num esforço de síntese da orientação adotada pelos chamados países em desenvolvimentos mais globalizados, o estudo destaca:

Esses países se colocaram em um círculo virtuoso de aumento do crescimento e da penetração nos mercados mundiais. Parece provável que o crescimento e o comércio tenham reforçado uma ao outro e que as políticas de expansão educacional, barreiras comerciais reduzidas e reformas setoriais estratégicas reforçaram tanto o crescimento quanto o comércio (p. 61).

Essa análise calcada no *modo* de integração dos países mais globalizados é decisiva na linha argumentativa do estudo. Quer dizer, para os especialistas do Banco Mundial não se trata meramente de decidir se “globalizar-se” mais é necessariamente bom ou não, mas sim de sustentar os benefícios de uma globalização realizada sob certas condições.

Essas condições estão indicadas em parte já no balanço que o estudo faz do processo de inserção global de certo grupo de países em desenvolvimento. Porém, ele apresenta um conjunto de propostas – ao todo, sete – destinadas a aperfeiçoar os atuais processos de globalização. São elas:

1) Uma rodada de desenvolvimento das relações comerciais, que enfoque a necessidade de facilitar o acesso dos produtos dos países mais pobres aos mercados dos países mais ricos e dos países mais pobres.

2) A melhora do ambiente de investimentos nos países mais pobres, incluindo “controle da corrupção, regulamentação adequada e burocracia moderada, cumprimento de contratos e proteção aos direitos de propriedade” (p. 38).

3) Bons serviços de educação e saúde.

4) “Assistência social adequada ao mercado de trabalho mais dinâmico em uma economia aberta” (p. 40).

5) Maior montante e melhor administração de recursos para a ajuda internacional.

6) Perdão de dívidas dos países marginalizados.

7) Redução da emissão de gases que causam o efeito estufa e o aquecimento global.

Ao menos a uma primeira mirada, algumas propostas podem soar ingênuas e, por isso, impraticáveis. É verdade que os estudiosos sustentam que, de um modo geral, os países ricos não perderiam com essas medidas e que, por isso, eles não teriam problemas de fundo para aceitá-las. Sustentam também, por outro lado, que muito plausivelmente nem todos os países em desenvolvimento teriam condições de adotar com agilidade as mudanças que lhes caberiam e, com isso, poderiam ficar irremediavelmente para trás em relação aos mais ágeis.

Este trabalho não é o espaço adequado para determinar até que ponto essas medidas são exeqüíveis ou não. Ao retomar uma análise sobre as ondas de globalização pelas quais teria passado e estaria passando a economia mundial, o que se pretende aqui é dar voz a uma análise que advoga a existência, na onda atual de globalização, de tendências à redução da desigualdade entre os países e dentro dos países. Os dados que apresentam a melhora da posição dos países em desenvolvimento que se globalizaram de modo mais criterioso merecem ao menos ser considerados.

Dar espaço a uma voz não significa assumi-la ou referendá-la. Assim, confrontar o estudo do Banco Mundial com outras análises permite contrabalançar posturas analíticas mais ou menos rígidas sobre as possibilidades de protagonismo de diferentes

atores no atual cenário mundial. A seu modo, esse estudo se aproxima da análise de Bright e Geyer, discutidas anteriormente, quando desloca o foco da questão da opção por “globalizar-se” ou não, para a questão de como “globalizar-se”. Tanto uma quanto outra perspectiva destacam a existência de um campo de escolha por parte dos atores menos empoderados, embora o estudo do Banco Mundial deixe bem claro que parte do sucesso desse atores depende do modo como os atores mais empoderados venham a reagir. Saindo de um enfoque ator *versus* ator, evento *versus* evento, é de se perguntar até que ponto as movimentações eventuais dos atores menos empoderados encontrariam seus limites nos constrangimentos impostos pela atual estrutura de poder internacional.

Na análise das negociações e disputas por *quanta* maiores de poder na cena internacional, merece destaque a análise da atuação do Brasil. Segundo Vizentini, a inserção do Brasil atendeu a três orientações distintas: a) a primeira, vigente do início da colonização até os primeiros anos da República, é marcada pela subordinação unilateral da colônia e do país às diretrizes portuguesas (até a independência) ou inglesas (a partir da independência); b) a segunda, que vigorou de 1902 a 1912, foi retomada a partir do início da década de 1930 até 1946, com nova retomada em 1951 até o início da década de 1960, caracterizou-se pela tentativa de um relacionamento privilegiado com os Estados Unidos, visando a uma parceria que favorecesse o desenvolvimento socioeconômico do Brasil ; e c) a terceira, atuante a partir do inícios dos anos 1960, com breve refluxo durante os primeiros anos do regime militar, e prevalecente até os dias de hoje, privilegia as relações multilaterais e simétricas com os demais Estados (VIZENTINI, 2003, p. 9-12).

Em outros termos, pode-se dizer que a primeira orientação é a da assimetria incondicional; a segunda, da assimetria conveniente ou estratégica; e a terceira, da busca da simetria. Essa divisão vinculada a períodos históricos, evidentemente, constitui-se numa forma de simplificação, já que, ao lado da tendência mestra ou hegemônica, conviveram outras tendências, que exerceram algum grau de influência, sem contudo prevalecer. Exemplo disso foi a chamada Inconfidência Mineira, que reuniu intelectuais e militares insatisfeitos com a voragem lusitana sobre o ouro brasileiro e com a própria condição de colônia do país (FAUSTO, 2002: p. 114-119). Ainda durante a época de domínio da assimetria incondicional, no Primeiro e no Segundo Reinado, pode ser



destacada a resistência de comerciantes de escravos e grandes proprietários de terra à exigência inglesa de que o Brasil pusesse fim ao tráfico de escravos (p. 143-242).

Do mesmo modo, não se pode pôr um sinal de igualdade entre a postura de Getúlio Vargas, tanto o do primeiro quanto o do segundo mandato, e aquelas adotadas por Juscelino Kubitschek. Ambos se pautaram pela assimetria conveniente ou estratégica, mas, de um modo geral, a postura de Getúlio foi mais nitidamente nacionalista que a de Juscelino. Entretanto, em momentos específicos a postura de Juscelino pareceu mais agressiva, quando, por exemplo, decidiu romper com o Fundo Monetário Internacional, em 1959 (VIZENTINI, 2003: p. 13-37).

Em relação à terceira orientação, simétrica e multilateralista, é possível identificar distinções importantes, por exemplo, entre os governos FHC e Lula. Se, *grosso modo*, a linha seguida por FHC pode ser inserida na terceira orientação, parece evidente uma maior ênfase na autodeterminação do país na linha seguida por Lula, que ostenta até um certo tom anti-Estados Unidos, ausente em FHC (VIZENTINI, 2003, p. 12; SEITENFUS, 2006: p. 129-150).

O marco zero dessa terceira orientação foi a Política Externa Independente (PEI), adotada pelos presidentes Jânio Quadros e João Goulart. Vizentini atribui sua adoção, entre outros fatores, ao processo de urbanização do país, que sofreu forte aceleração a partir da década de 1950 e colocou em cena novos atores na política interna e externa brasileira. Nas suas palavras:

De um ponto de vista sociológico, a PEI pode ser considerada o resultado das transformações internas da sociedade brasileira, tais como o surgimento de novos segmentos sociais em função da acelerada urbanização e industrialização do país, e dos efeitos políticos daí decorrentes (VIZENTINI, 2003, p. 28).

Pode-se dizer que diferentes segmentos da sociedade brasileira demandava a experiência de uma modernidade mais abrangente e plena, pois, se, por um lado, era verdade que a política do país se modernizara, com a institucionalização de processos eleitorais mais democráticos, ainda que realizados sob freqüentes ameaças de golpes de Estado, por outro, era inegável o atraso socioeconômico, expresso em indicadores sociais alarmantes – nos campos da saúde, educação, emprego e renda etc. – e precário desenvolvimento industrial. Operários, estudantes e intelectuais se notabilizaram como protagonistas dos movimentos por justiça social e desenvolvimento econômico. Também

no campo, especialmente por meio das ligas camponesas, os camponeses exigiram direitos sociais e relações de propriedade mais modernas.

Entre a década de 1950 e o início da década de 1960, amadureceram no país, portanto, as reivindicações associadas aos chamados direitos de segunda geração – sociais e econômicos (ROLIM, s.d.). Mais que isso, os portadores dessas reivindicações associaram a conquista desses direitos a uma mudança profunda nos termos da política externa do país, que, segundo eles, precisaria superar a inserção assimétrica adotando uma inserção simétrica. Para adquirir o fôlego necessário a sua transformação, o país deveria reoxigenar as suas relações internacionais. Plausivelmente, não é mera coincidência que o lançamento, em 1961, da PEI tenha ocorrido paralelamente a importantes articulações que vieram a desembocar, nos anos 1970, no movimento pela Reforma Sanitária (GUEDES *apud* BRASIL, 2006).

É nesse ambiente, marcado por um jogo de simetrias e assimetrias que se desenvolvem as relações de cooperação internacional, elas mesmas, também marcadas por assimetrias e simetrias, como será discutido a seguir.

## II.2- COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

A cooperação internacional é situada por diferentes autores (VELHO, 2001; GODUE, 1992; SMOUTS, 2004) como um fenômeno característico do século XX, sendo um fenômeno associado ao surgimento das agências internacionais do pós-guerra. Outros autores (COSTA, 2004; CASTRO SANTOS, 1989; HOCHMAN, 1998) entendem que a cooperação é um fenômeno que extrapola a ação das agências internacionais do pós-guerra e situam seu surgimento no final do século XIX, caracterizado pela presença de missões e/ou investigadores estrangeiros em países do terceiro mundo. Apesar da discordância com relação à data que marca o início da cooperação internacional, esses diferentes autores concordam que o seu maior incremento e a conformação de suas principais características se deram no pós-guerra.

A conformação da cooperação internacional está marcada, por um lado, pela Guerra Fria e as relações que, a partir desta, os Estados Unidos assumem com os países para atraí-los a sua esfera de influência política e econômica. Por outro lado, é influenciada pelo impulso das políticas oficiais de cooperação que a Europa orientou principalmente para suas antigas colônias.

Na segunda metade do século XX, depois da II Guerra Mundial, a cooperação foi incrementada como um esforço internacional de reconstrução das zonas devastadas pela guerra e em busca de um desenvolvimento das regiões e países mais desfavorecidos. É a chamada cooperação para o desenvolvimento que surgiu, como resultado das necessidades de reconstrução, organização política, econômica e social da Europa, dos Estados Unidos e das novas nações independentes. Nesse contexto, reconheceu-se que a cooperação internacional poderia cumprir um papel essencial na propulsão de políticas de desenvolvimento.

Desta forma, a partir da década de 1950, vários países criaram suas agências de cooperação para o desenvolvimento: IDRC canadense, as americanas Fundação Ford e Fundação Rockefeller, Cyted espanhola, Sarec sueca, IRD (ex-Orstom) e Cirad francesas, ODA inglesa, entre outras. Vários países se converteram em “grandes doadores” de recursos (Estados Unidos, França, Alemanha ou Japão) e através de suas agências

estatais de cooperação ou da participação em fóruns e conferências internacionais tornaram-se agentes especialmente ativos na cooperação internacional.

A conformação do sistema das Nações Unidas (ONU) com todos seus organismos específicos, a partir do final da II guerra, marca um momento de grande importância para a cooperação internacional. A partir da criação da ONU imprime-se uma maior dinâmica na cooperação internacional e esta Organização coloca-se como um dos principais atores no esquema internacional de cooperação. Apesar do trabalho das Nações Unidas de manter a paz e a segurança internacional ser o mais conhecido, a maior parte dos seus recursos está destinado a cumprir o compromisso explicitado na Carta das Nações Unidas de promover níveis de vida mais elevados, trabalho permanente para todos e condições de progresso e desenvolvimento econômico e social.

De acordo com Soares (1994), o sistema de relações internacionais estabelecido no fim da II guerra mundial, consubstanciado no sistema de segurança coletiva sob a égide da ONU, marca diferença em relação ao estabelecido no entre-guerras (liga das nações) devido à preocupação com o nível do desenvolvimento econômico e social dos estados menos favorecidos que passa a orientar as políticas a serem seguidas. Nos séculos anteriores, a preocupação era de se estabelecerem regras negativas nas relações internacionais, regras de condutas dos Estados que assegurassem a paz através de normas proibitivas de ações perturbadoras da mesma. A partir do sistema ONU, a ênfase recai sobre a construção de comportamentos, no incentivo de condutas de cooperação. Ainda de acordo com Soares (1994), pode-se dizer que o direito internacional clássico caracterizava-se como um “direito do não-fazer”, ao passo que o direito do desenvolvimento consiste num “direito do fazer”, num conjunto de regras de cooperação explicitadas no capítulo IX da Carta da ONU, onde se estabelecem os princípios da cooperação internacional econômica e social.

A cooperação internacional pode ser definida como o conjunto de atuações de caráter internacional orientadas ao intercâmbio de experiências e recursos entre países para atingir metas comuns, baseadas em critérios de solidariedade, igualdade, eficácia, interesse mútuo, sustentabilidade e co-responsabilidade. Seus fins são: a erradicação da pobreza, do desemprego e da exclusão social; a busca do desenvolvimento

sustentável e o aumento permanente dos níveis de desenvolvimento político, social, econômico e cultural nos países menos desenvolvidos. (SEGIB; ONU)

Na história da cooperação internacional observa-se uma vinculação constante da cooperação à promoção do desenvolvimento, a despeito dos distintos significados que o termo “desenvolvimento” possa assumir. De acordo com Costa (2004), a noção de que as agências internacionais são as responsáveis pela disseminação do “desenvolvimento” está sempre presente, permitindo-se incorporar, sob essa denominação, uma gama variada de ações. De acordo com Simião (1999), apud Costa (2004):

A bibliografia sugere que vários conceitos de desenvolvimento foram sendo elaborados ao longo das décadas de 1960, 1970 e 1980. Até os anos 1960 o termo significava apenas crescimento econômico, nos anos 70 (sob a influência dos estudos da CEPAL – Comissão Econômica para América Latina e Caribe, da ONU) tende a designar uma distribuição mais igualitária da riqueza. Ao longo dos anos 80 passa a significar o ajuste estrutural da política econômica aos modelos do Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial (*apud* COSTA, M.C., 2004: p.194).

Desta forma, a noção de desenvolvimento vem sendo mantida na agenda política das agências internacionais desde o pós-guerra, com diferentes conotações. Pode-se dizer que o entendimento original de que as agências internacionais são as responsáveis pela disseminação do desenvolvimento imprimiu sua marca na forma tradicional de cooperação que se institucionalizou.

A cooperação internacional teve suas características marcadas pelo momento histórico de seu surgimento. Nas suas origens, os principais atores da cooperação eram os Estados isoladamente ou organizados em torno de organismos internacionais como a ONU. Hoje o cenário internacional apresenta mudanças significativas exigindo a elaboração e desenvolvimento de novas formas de cooperação.

A cooperação internacional constitui um campo amplo e genérico, onde encontram-se os mais variados atores e setores, tais como educação, saúde, ciência e tecnologia, político-militar, entre outros. A cooperação internacional é uma arena onde também se atualizam as disputas por quantuns de poder. Sua conformação, suas características não estão alheias aos arranjos de poder que se dão na ordem internacional.

Ao longo de sua história observam-se a conformação de diferentes formas de cooperação e, embora não se possa falar que exista uma tipologia da cooperação

internacional, faz-se necessário uma breve discussão sobre a forma como os tipos de cooperação são abordados pela literatura da área.

## II.2.1 - TIPOS DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL:

A literatura da área de relações internacionais apresenta uma grande flexibilidade na maneira de classificar os tipos de cooperação. Esta flexibilidade é atribuída, segundo vários autores (MEDEIROS, 1994; SOARES, 1994; SMOUTS, 2004), ao fato de a teoria sobre a cooperação não estar pronta, plenamente elaborada, tratando-se de um debate aberto, no qual, a partir de uma realidade mutante, vão se definindo os diferentes aspectos, tipos e esquemas de cooperação, estruturas, orientações e estratégias.

Apresentam-se diferentes tipos de cooperação classificados segundo critérios variados, tais como: segundo a origem da ajuda (pública ou privada), segundo o caráter do fundo (reembolsável e não reembolsável), segundo o número e o tipo de atores implicados (bilateral, multilateral, regional, governamental ou não governamental) ou segundo os objetivos da cooperação (para o desenvolvimento, para a defesa do meio ambiente, para a proteção dos direitos humanos, para luta contra a pobreza, etc), entre outros.

A classificação segundo objetivos é também bastante variada e não necessariamente trata de objetivos que possam ser equiparados, que tenham escopos de mesma magnitude. Encontram-se classificações que privilegiam a distinção entre objetivos de cooperação técnica e financeira. Outros buscam uma diferenciação entre os objetivos de cooperação técnica, educacional e científica. Encontram-se também classificações em que a distinção entre objetivos equivale aos setores ao qual a cooperação é destinada (saúde, educação, ciência e tecnologia).

Enfim, o sistema classificatório dos tipos de cooperação não é único. Parece ser mais produtivo identificar, a partir de um caso concreto, o sistema classificatório que melhor atende à especificidade do caso. Por exemplo, ao se discutir a cooperação realizada no âmbito da ONU, pode ser importante a diferenciação da cooperação segundo

objetivos de cooperação técnica ou financeira, uma vez que a ONU possui órgãos especializados para estes dois tipos de cooperação.

A classificação que parece estar mais consolidada e que pode se constituir num eixo para a análise da cooperação internacional é a que usa o critério de diferenciação do tipo de ator envolvido na cooperação. Nesta classificação encontram-se: a cooperação multilateral, a bilateral e a não governamental. Estes diferentes tipos não são excludentes, ao contrário, geralmente interagem e podem coordenar suas políticas na busca de uma cooperação mais integrada e eficaz.

A cooperação bilateral é aquela realizada entre dois Estados e se concretiza principalmente através de “Convênios Básicos de Cooperação Técnica” que constituem o marco geral que regula em detalhe as condições, os alcances e recepção dessa cooperação, bem como as áreas que serão atendidas.

Existem duas variações da cooperação bilateral cuja diferença fundamental se estabelece em função do grau de desenvolvimento do doador. Assim, existe a chamada cooperação entre países em desenvolvimento, que se realiza entre países com um grau similar de desenvolvimento, e aquela que se realiza entre países com graus muito diferenciados de desenvolvimento.

Historicamente, a partir dos anos 1960, junto com a cooperação bilateral desenvolve-se a cooperação multilateral com a criação de bancos de ajuda ao desenvolvimento e o aumento da atividade de cooperação a partir das Nações Unidas. A cooperação multilateral é canalizada pelos diferentes países cooperantes através de instituições públicas internacionais, os Organismos Internacionais.

Há muitos entendimentos do que vem a ser um Organismo Internacional (SMOUTS, M. 2004; MEDEIROS, A.P.1994). Para efeito da discussão proposta nesta dissertação, adota-se o entendimento de que organismo internacional é aquele em que se dá a participação de vários governos (pelo menos três) na sua constituição e na sua sustentação financeira e política (WALT, 1996), e os países que a conformam são chamados países-membros. Existem múltiplas agências dirigidas à cooperação internacional, no entanto, nessa dissertação, quando se fala em Organismo Internacional está se referindo ao entendimento de Walt (1996).

Entre os vários Organismos Internacionais de cooperação podem-se destacar os organismos de cooperação específicos que integram o Sistema de Nações Unidas (FAO, PNUD, OMS, etc), as Instituições Financeiras Internacionais (Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional), diferentes fundos multilaterais, como da União Européia, e outros.

Todos esses OI assumem como missão institucional o esforço para conseguir o crescimento econômico e/ou social dos países em via de desenvolvimento, mediante programas que incluem cooperação técnica, pesquisas, estudos, convocação a conferências internacionais, e podem inclusive alcançar um planejamento integral do desenvolvimento, mediante projetos específicos em áreas como: comércio, indústria, agricultura, saúde e infra-estrutura.

Nos sistemas classificatórios de cooperação internacional apresentados na literatura das relações internacionais não se encontra um critério que aborde explicitamente a questão das relações de poder envolvidas na cooperação.

Os sistemas classificatórios fazem referência à essa questão quando frisam que a predominância da cooperação multilateral com relação à bilateral, transição que se dá no pós-guerra, configura uma novidade que traz consigo ganhos democráticos para a cooperação internacional. Essa maior democracia nas relações multilaterais é vista como decorrente de uma maior distribuição do poder, uma vez que as decisões se dão com a aprovação da maioria dos Estados-membro.

No entanto, ainda que não se apresente uma tipologia da cooperação internacional baseada na questão de poder, essa questão é recorrentemente assinalada. Há um reconhecimento de que a cooperação internacional é um espaço de disputa de poder no qual os OI, assim como outras agências, encontram-se em relações de cooperação e conflito (SATO, 2003). Nas análises de casos concretos de cooperação é comum se encontrar referências a relações assimétricas ou verticais, onde as questões de distribuição de poder ficam evidenciadas.

Os sistemas classificatórios de cooperação não possuem envergadura suficiente para sustentar uma discussão que aponte para a conformação de paradigmas de cooperação. Ao se adotar uma discussão onde a questão do poder ocupe um lugar de destaque, ao contrário, pode-se, senão conformar paradigmas, apoiar uma classificação



onde o caráter substantivo das relações de cooperação fiquem mais explícitos, independentemente dos objetivos (técnica ou financeira), do setor (saúde, educação, etc), tipos de atores (Estados, OI, ONGs) ou outras variáveis dos sistemas classificatórios apresentados pela literatura. A questão do poder é uma variável transversal, que perpassa todos os tipos de cooperação e pode expressar-se em relações mais ou menos simétricas.

Esta dissertação privilegia a discussão da cooperação internacional institucionalizada envolvendo um Organismo Internacional e preocupa-se em discutir o caráter de simetria/assimetria que se conforma nas relações de cooperação técnica internacional em saúde.

### II.3- COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL EM SAÚDE

A cooperação técnica internacional em saúde representa uma especificidade da cooperação internacional e sua conformação assenta-se no reconhecimento da dimensão internacional da saúde.

A ações internacionais setorializadas no campo da saúde remonta à idade média com o estabelecimento de cordões sanitários e quarentenas marítimas adotados na Europa. No entanto, somente a partir da metade do século XIX as atividades relativas ao que hoje se entende por “saúde internacional”<sup>8</sup> tornaram-se sistemáticas e geraram acordos que aspiravam a ser universais ( LIMA, 2002; FERREIRA e FONSECA, 2005)

As ações internacionais na saúde estão intimamente relacionadas com o aumento do trânsito de pessoas e de produtos entre os países. Com o advento da colonização, os homens passaram a ter contatos com regiões, pessoas e produtos nos mais diferentes pontos do planeta exigindo a elaboração de mecanismos eficientes para evitar possíveis contaminações, principalmente de doenças desconhecidas pelos países dominantes. (VILLA e col, 2001)

A experiência de epidemias de cólera no século XIX, na Europa e nos Estados Unidos, teve papel importante na percepção das elites políticas sobre os problemas sanitários e destacou a necessidade de se controlar as doenças na esfera internacional. A conotação de pandemia implicou a transformação da saúde em problema de natureza coletiva em âmbito nacional e também implicou sua compreensão como tema de política internacional.

O cólera foi a doença mais marcante do século XIX, dando origem a primeira pandemia no período de 1817-23 que atingiu países do Golfo Pérsico e aqueles banhados pelo Oceano Índico. Uma segunda pandemia ocorreu em 1826, atingindo a Rússia, o Báltico e a Inglaterra (VERONELLI e TESTA, 2002). A terceira atingiu a América (1852-59) e a quarta, chegando a Nova Iorque em 1867, a Buenos Aires em 1866

---

<sup>8</sup> Uma discussão detalhada sobre a conformação do campo saúde internacional e os diversos entendimentos que se tem a respeito do mesmo pode ser encontrada em “Salud Internacional: Un debate norte-sur” (OPS, 1992). Para efeito dessa dissertação basta localizar que esse campo discute as implicações internacionais do área da saúde, sendo o campo em que se dá a cooperação internacional em saúde.

e em 1867 onde se deflagrava a Guerra do Paraguai, afetando as tropas aliadas e paraguaias. (LIMA, 2002)

No caso das Américas, a febre amarela, no fim do século XIX e início do século XX, era considerada o grande desafio da política sanitária, especificamente no que se refere ao comércio entre as nações. De certa forma, a febre amarela desempenhou no continente americano o mesmo papel que o cólera na Europa.

Assim, desde o início do século XIX, desenvolveram-se ações para o controle das doenças na esfera internacional. De acordo com Villa e col (2001) e Ferreira (2005), é importante registrar algumas ações tais como: a) a criação, em 1831 do Conselho Egípcio de Isolamento com representantes de vários países, cujo objetivo era de proteger os países europeus, controlar as doenças transmissíveis em defesa do comércio exterior e cuidar de problemas de quarentena e de higiene internacional. b) a realização em 1839, em Constantinopla, sede do governo turco, do encontro entre o Comitê de Saúde turco e representantes das forças estrangeiras, o qual buscava estabelecer acordo com relação ao sistema de quarentena.

Vários autores (VILLA e col, 2001; FERREIRA, 2005; CUETO, 2004) reconhecem que as ações apresentadas acima, ações desenvolvidas até meados do século XIX, conformam medidas internacionais em saúde, mas não podem ser categorizadas como ações de cooperação internacional. Tratam de ações de auto defesa centrada no controle de determinadas enfermidades que poderiam espalhar-se devido ao comércio de produtos e trânsito de pessoas, no entanto, são importantes de serem assinaladas na medida que reforçam a inter-relação entre ciência/saúde, defesa e economia como um novo elemento na relação entre países.

A partir da metade do século XIX, o crescente processo de urbanização, a intensificação do comércio e os novos conhecimentos científicos colocaram na pauta as implicações negativas das práticas de quarentena. De acordo com Cueto (2004), em diversas oportunidades a declaração de quarentena vai sendo considerada economicamente mais prejudicial que a própria epidemia.

Foi nesse contexto que, em meados do século XIX, tiveram início as Conferências Sanitárias Internacionais, fóruns de debate científico e também político, uma vez que tratava de estabelecer normas e procedimentos comuns entre países que

enfrentavam problemas como as epidemias de cólera e de peste bubônica. Assim, embora as preocupações com relação à origem e à transmissão das doenças infecciosas não seja nova, somente a partir da metade do século XIX as atividades relativas à saúde internacional, tornaram-se sistemáticas e geraram acordos universais, os chamados acordos internacionais. Nesse contexto vale ressaltar a realização da primeira Conferência Internacional de Saúde, em 1851, possibilitando a convenção de uma série de normas na busca de um código sanitário internacional referente à quarentena, à notificação do cólera, da peste e da febre amarela (LIMA, 2002).

Foi a partir do crescente fluxo de mercadorias e pessoas, assim como o de doenças, que se elaborou a consciência do “mal público” representado pelas doenças transmissíveis e a necessidade de se estabelecer medidas de proteção em níveis nacional e também internacional, contribuindo para a criação de fóruns e organismos de cooperação em escala mundial. (OPS, 1992; LIMA, 2002; CUETO, 2004).

No continente americano, a percepção de que era necessário um organismo sanitário internacional surge neste final do século XIX e a Quinta Conferência Sanitária Internacional marca o início do interesse em uma instituição deste tipo. Assim, em 1902, criou-se o escritório da OPAS, “Oficina Pan-americana da Saúde”, posteriormente chamada Organização Pan-Americana de Saúde.

O continente americano teve a primazia na cooperação internacional em saúde, a despeito da organização de conferências sanitárias internacionais ocorrerem na Europa desde 1851. A OPAS coloca-se como o mais antigo organismo de cooperação na área da saúde e uma das primeiras instituições de cooperação internacional.

A partir daí várias instituições foram criadas e que tiveram importância na conformação da cooperação internacional em saúde.

O Office International d’Hygiène Publique instituído em 1906, em Roma passou a ser a primeira instituição de caráter internacional com função de reunir e distribuir informações epidemiológicas, principalmente em relação a peste, cólera, varíola, tifo exantemático e febre amarela.

Merece destaque a Fundação Rockefeller, criada em 1913, sendo uma entidade que ao longo da primeira metade do século XX, teve papel importante nas

questões internacionais de saúde. A cooperação baseada na filantropia tem como principal exemplo a ação da fundação Rockefeller. De acordo com Ferreira (2005),

No início do século XX, por iniciativa da Fundação Rockefeller, com o apoio do Instituto Pasteur, iniciou-se pela primeira vez, especificamente para a América Latina, um esforço de colaboração de países ricos com os países mais desprotegidos, através da ajuda de caráter supletivo e paternalista, que tratava de melhorar a capacidade de detecção de problemas de saúde e, quando possível de controle dos mesmos. (FERREIRA, 2005: p. 3)

De acordo com Faria e Costa (2006), a Fundação Rockefeller pautava-se por um estilo de atuação voltada, em grande medida, para a doação, sem fins lucrativos, em atividades científicas, em universidades e institutos de pesquisa, diante do crescimento da importância e das necessidades da ciência e da tecnologia. O modelo de "filantropia em larga escala" da Fundação Rockefeller compreendia a atuação nas áreas das ciências naturais, saúde pública e educação superior, que eram consideradas fundamentais para o desenvolvimento das sociedades modernas ou em vias de modernização. As áreas de saúde pública, medicina e educação figuraram como praticamente exclusivas até o período da guerra. No primeiro momento de atuação da Fundação, iniciado em 1913, dava-se ênfase à medicina e ações em saúde pública, durante as décadas de 1920 e 1930, a Rockefeller direcionou suas atividades para pesquisa e controle de doenças infecciosas como a ancilostomíase, a febre amarela e a malária. Um segundo momento que se consolidou no final dos anos 1940, mais precisamente com o fim da Segunda Guerra Mundial, ligou-se ao desenvolvimento do ensino médico, das ciências físicas e biológicas e da agricultura, sendo uma das prioridades da Fundação a concessão de bolsas de estudos nas universidades dos Estados Unidos.

Durante a segunda guerra mundial a ação característica da Fundação Rockefeller expandiu-se com a ajuda bilateral dos Estados Unidos da América, através do programa que ficou conhecido como Ponto IV<sup>9</sup>, concentrado nas doenças transmissíveis.

---

<sup>9</sup> O ponto IV é o quarto ponto do discurso do presidente Harry V. Truman de 1949 no qual apresenta sua agenda de política externa. Nessa agenda, Truman abordava problemas do subdesenvolvimento e propunha diretrizes para encaminhar soluções. Esse quarto ponto diz respeito a um programa de assistência técnica voltado ao mundo subdesenvolvido.

A Organização de Saúde da Liga das Nações, criada em 1923, apresentava como uma de suas ações mais importantes o serviço de inteligência epidemiológica.

Em 1946, no contexto das Nações Unidas, é criada a Organização Mundial da Saúde-OMS. A partir daí as duas organizações, OPAS e OMS, assumem o papel de cooperação na área de saúde na região. A OPAS se estabelece como sede do escritório regional da OMS para as Américas e organismo do sistema inter-americano especializado em saúde. No pós-guerra imediato, com fortalecimento da região das Américas, a Oficina Sanitária Pan-Americana passa a atuar mais amplamente.

Nas últimas décadas, verifica-se que os Bancos Internacionais têm se incorporado ao campo da cooperação internacional em saúde, bem como as organizações não-governamentais.

Assim, é no campo da saúde como questão internacional, delineado a partir do século XIX, que vai se desenvolver a prática da cooperação técnica internacional em saúde, sendo incrementada no pós-guerra.

Este campo particular de cooperação também se conforma como um espaço de construção de relações mais ou menos simétricas entre os atores envolvidos, um campo de disputas por quantuns de poder.

A questão do poder nas relações de cooperação são percebidas nas discussões a respeito da terminologia e conceito de cooperação técnica a ser usado. O primeiro termo que emerge no vocabulário das relações internacionais é o de “assistência técnica” e não “cooperação”.

De acordo com Soares (1994) o dicionário de terminologia de direito internacional apresenta os conceitos de assistência técnica e de cooperação:

“Assistência técnica: expressão empregada para designar a ajuda oferecida , sob a égide da ONU, pelos Estados com estrutura econômica adiantada aos países insuficientemente desenvolvidos, a fim de colocar à disposição destes os meios técnicos que lhe fazem falta para promover suas economias.”

“Cooperação”: ação de trabalhar conjuntamente. Na expressão cooperação internacional, esse termo visa a ação coordenada de dois ou mais Estados, com vistas a atingir resultados por eles julgados necessários.” (SOARES, 2004: p. 169)

A conceituação de cooperação técnica internacional não expressa um entendimento unívoco. Como afirma Soares (1994), essa conceituação envolve um consenso precário entre as posições paternalistas dos Estados desenvolvidos e as reivindicações dos países do terceiro mundo relativas ao estabelecimento de relações internacionais mais equitativas.

A partir das críticas que foram se desenvolvendo à visão de “assistência” ou “ajuda” foi-se observando uma substituição pelo termo “cooperação”. Na assembléia geral da ONU de 1959 já se determinava a substituição da expressão “assistência técnica” por “cooperação técnica”.

Apesar das críticas e pressões pelo uso do termo cooperação a confusão na definição e uso dessas terminologias permaneceram, conforme atesta Könz (1994):

O jargão oficial nesta área é uma confusão de definições. Começando na década de 70, quando a cooperação internacional com vistas ao desenvolvimento se tornou prioritária nas relações internacionais, o termo “cooperação técnica” tendeu a substituir no linguajar da ajuda externa o termo assistência técnica, com suas conotações paternalistas e politicamente desagradáveis, mesmo no que dizia respeito a programas cuja finalidade fora e continua sendo principalmente de caridade ou humanitária, isto é, assistencial, ou nos casos – se não de direito, pelo menos de fato- em que o doador permanecia no controle dos programas que financiava, contradizendo o conceito de parceria. Quanto ao termo técnica pode-se dizer que ele também tem sido aplicado no jargão da ajuda externa oficial para abranger até mesmo o apoio orçamentário direto de instituições específicas, ou o fornecimento de bens ou ajuda humanitária sem qualquer conotação técnica. (KÖNZ, 1994: p. 221)

Alleyne (1992), ao tentar construir uma taxonomia das práticas e ações que se dão no campo da cooperação técnica internacional, refere-se a um levantamento realizado em 1965. Nesse levantamento se identifica a existência de um certo consenso na comunidade internacional a respeito do entendimento de “assistência técnica” como atividade de transferência de conhecimento teóricos ou práticos de países desenvolvidos aos subdesenvolvidos, sob coordenação de organismos internacionais. Nesse mesmo trabalho, refere-se às várias recomendação da comunidade internacional para a substituição da terminologia “países subdesenvolvidos” por “países em desenvolvimento” e que todo processo seja designado com o novo nome “cooperação técnica”. No entanto, Alleyne reforça as questões levantadas por Könz a respeito das imprecisões terminológicas, ao

afirmar que “implicitamente aceita-se a idéia de que “cooperação técnica” é, na realidade, outra maneira de se referir à “assistência técnica”. (ALLEYNE,1992: p. 2)

O termo que na comunidade internacional traduz um certo consenso a respeito da prática tradicional de cooperação técnica é o de “assistência”. Conforme assinala Ferreira (2005), durante todo o percurso histórico da cooperação técnica em saúde predominou a forma de ação supletiva em todas as modalidades de ajuda, na qual os países mais desenvolvidos, que contavam com melhores técnicas, materiais e pessoal capacitado, disponibilizavam parte desses recursos no suprimento das funções que os países não conseguiam desempenhar. Essa forma de atuar assumiu um papel estruturante na institucionalização da forma tradicional de cooperação. Ainda de acordo com Ferreira (2005),

A prática corrente nos Organismos Internacionais nos marcos da “assistência técnica” era identificar nos países desenvolvidos o recurso humano disponível e com ele suprir com know-how externo aquilo que os países sub-desenvolvidos não tinham capacidade de realizar com seus próprios recursos. Essa prática acabou por institucionalizar a figura do “consultor especializado (experto) (FERREIRA, 2005: p. 4).

Alleyne (1992) reforça as características da “assistência” apresentadas por Ferreira ao definí-la como:

Um assessoramento profissional onde os métodos comumente adotados são três: envio de assessores expertos para tarefas específicas, fornecimento de bolsas a estudantes ou outro pessoal em formação com o fim de que viagem ao exterior para receber instruções e fornecimento de de equipe de demonstração para projetos piloto. (Tradução minha de ALLEYNE, 1992: p.1)

O entendimento de “assistência técnica” encontra mais lastro na realidade, enquanto que “cooperação”, ao carecer de precisão teve seu uso indiscriminado e tomado como um neologismo de assistência.

As definições de assistência e cooperação dadas pelo dicionário de terminologia de direito e indiretamente apresentadas em vários textos da área, embora não contemplem uma explicitação da relação de poder subjacente nessas relações, permite perceber que há uma diferença no gradiente de simetria que se estabelece entre os entes. Pode-se dizer que na “assistência” a relação é mais assimétrica, enquanto que a



“cooperação” pressupõe uma maior simetria. No entanto, as definições de “assistência” a vinculam às práticas desenvolvidas exclusivamente por OI e não por instituições em geral.

Diante da identificação da assistência com ações promovidas somente por OI e das imprecisões que permitem o uso indiscriminado do termo “cooperação” e “assistência”, nessa dissertação opta-se pelo uso do termo “cooperação” de forma genérica e a partir daí a qualificação da cooperação como simétrica ou assimétrica, permitindo-se uma base mais ampla para a discussão do conteúdo da cooperação técnica em saúde, no tocante às questões de poder, independentemente de sua modalidade.

O modelo de cooperação exercido por agências internacionais que hoje se conhece deve suas características e evolução em grande parte à ordem internacional inaugurada no pós-guerra e têm sofrido sérias críticas nos últimos anos.

Autores como Bronfman (2003) abordam o esgotamento desse modelo por avaliar que as tensões internacionais e os parâmetros que guiaram a cooperação internacional durante quase 40 anos já não cumprem mais o mesmo papel. A cooperação técnica internacional (CTI) que emergiu num contexto onde primavam as forças da internacionalização e uma ordem construída em torno da soberania dos Estados nacionais, durante a década de 1990, teve suas bases institucionais significativamente alteradas. Segundo esse mesmo autor, entre os fatores que mais impactaram a CTI destacam-se o trânsito de uma ordem internacional a uma global; a redefinição da relação entre Estado, sociedade e mercado; e a emergência de novos atores internacionais.

Hoje, o cenário internacional não é mais o campo exclusivo de ação dos Estados nacionais, mas sim um campo onde estes participam em relações de cooperação e conflito com outros atores. Há uma conformação de uma ordem relativamente autônoma de atores globais onde o surgimento de novos atores no cenário internacional também tem imprimido uma dinâmica nova na relação entre os organismos internacionais e no estabelecimento de consensos entre os membros dessa comunidade internacional. (MATTOS, 2000).

Várias organizações internacionais, como a Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde e Banco Mundial, estão acusando o impacto das mudanças no cenário internacional e têm buscado rever seus objetivos, estrutura organizacional e forma de cooperação frente ao novo ambiente internacional. Na literatura

corrente e nos informes dos organismos internacionais manifesta-se um consenso de que se deve enfrentar o desafio de modificar a prática, conteúdo e formas de organização da cooperação internacional a fim de se adaptar às novas circunstâncias.

Em linhas gerais, pode-se falar que o modelo tradicional de cooperação está sendo questionado pelos próprios organismos internacionais, mas ainda não há consenso a respeito das características de uma nova proposta.

Um dos aspectos desta forma tradicional de cooperação técnica (CT) que tem sido fortemente questionado é o seu verticalismo. Com este termo busca-se identificar a relação assimétrica entre prestadores e receptores de cooperação que, em linhas gerais, tem marcado este modelo tradicional de cooperação técnica. Diferentes autores (DUPAS, 2005; BRONFMAN, 2003; MATTOS, 2001), ao abordarem por diferentes ângulos as relações de cooperação internacional, identificam um forte padrão assimétrico nas relações estabelecidas.

No que diz respeito à cooperação técnica internacional (CTI), essa assimetria caracteriza-se por uma “imposição” do conteúdo e da forma de cooperação por parte das instituições que oferecem CT aos países receptores de cooperação. As agências internacionais prestadoras de cooperação, as quais detêm o controle dos recursos financeiros e técnicos, assumem uma autonomia quase completa sobre o desenho do projeto de cooperação, cabendo às instituições que recebem CT, em geral, concentrarem-se simplesmente na execução do projeto. (BRONFMAN, 2003). Essa verticalidade traz consigo problemas relacionados à pertinência e eficácia da cooperação, uma vez que, não raro, trata-se da imposição de soluções transpostas de contextos socioculturais e políticos muito distintos e inadequados às necessidades do país demandante da cooperação.

Mattos (2000), ao estudar o panorama de oferta de políticas de saúde pelo Banco Mundial, faz várias referências ao verticalismo característico dos processos de ajuda internacional. Nesse estudo o autor localiza uma comunidade internacional de ajuda aos países em desenvolvimento a qual relaciona-se com esses países por diferentes vias, tais como, empréstimos financeiros e cooperação técnica. Mattos identifica que tem havido uma significativa mudança na atuação dos organismos internacionais que se dedicavam estritamente ao apoio financeiro. Esses OI, cuja maior expressão é o Banco Mundial, têm se deslocado para uma atuação voltada à elaboração e oferta de recomendações políticas aos

diversos países, somando-se aos OI que já tradicionalmente atuavam com o que o autor caracteriza como “oferta de idéias”, tais como OPAS e OMS. Ao identificar essa mudança no perfil de atuação das agências financeiras internacionais na década de 1990, também observa uma alteração na forma de elaboração dessas idéias. Embora não seja o foco principal da discussão apresentada por esse autor, o percurso por ele apresentado para a identificação da mudança na forma de se construir a cooperação técnica internacional passando-se à uma maior ênfase na oferta de idéias, permite perceber que o verticalismo ou assimetria, apesar das críticas, tem-se intensificado nos processos de cooperação internacional.

Mattos (2000, 2001) observa que até a década de 1970 as sugestões de políticas emanadas das agências internacionais, em especial no campo da saúde, surgiam de amplos debates com representantes dos diferentes países. No final dos anos 1980, essa forma ampliada de construção das propostas e sugestões de políticas rompeu-se. Passou-se a privilegiar a disseminação, através de indução (através de empréstimos condicionados à adoção de certas políticas), de idéias produzidas no âmbito **restrito** de algumas agências e principais governos do mundo. Na década de 1990, percebe-se uma retomada do diálogo em duas direções: a) entre as agências que compõem a comunidade internacional b) entre a agência e cada governo, em particular. No entanto, essa “retomada do diálogo” se fez com a persistência da assimetria que já vinha desde a década de 1980. Ou seja, as sugestões de quais as políticas mais adequadas aos países em desenvolvimento passam a ser elaboradas no âmbito das agências internacionais e o diálogo com cada governo visa obter a **adesão às sugestões já elaboradas**.

Desta forma, haveria uma tendência a uniformização na implementação das políticas e propostas de cooperação, uma vez que os países estariam adotando as recomendações elaboradas pelas agências internacionais. Schmidt e Castro (2000), em seu artigo Globalização e Política Social, quando discutem os condicionamentos que estão acima das determinações dos Estados, ressaltam que essa tendência à padronização das políticas públicas no plano internacional, é uma das características da globalização. Essa visão é também assumida por Gosovic (2001) ao destacar que uma das características principais da globalização é a conformação de uma “hegemonia intelectual global”. Mattos (2000), também reforça essa visão quando avalia que o debate em torno de sugestões de

políticas no âmbito da comunidade internacional pode ser analisado à luz da dinâmica de cooperação/competição que essas instituições mantêm entre si. Segundo esse autor, uma vez ocorrendo a produção de um consenso a respeito das políticas que os governos devem adotar, é possível que os recursos fiquem restritamente acessíveis aos países que aderirem às sugestões propostas. Assim, tais propostas políticas, quando consensuais na comunidade internacional, atuam como dispositivos disciplinares das políticas governamentais dos países em desenvolvimento, da mesma forma que atuam as crenças dos principais investidores do mundo.

A discussão em torno dessa característica do modelo tradicional de cooperação internacional, a verticalização, ganha maior relevância quando se assinala que todo organismo internacional é constituído através de um acordo entre vários governos nacionais no qual se estabelecem as regras de sua atuação, missão, financiamento, etc. Portanto, os pactos firmados entre governos com poderes políticos, econômicos e militares distintos e com interesses diferentes expressam as relações de poder entre os diversos governos, numa dada conjuntura internacional. Sendo assim, ainda que não se possa interpretar a atuação das agências como simples reflexo dos interesses nacionais hegemônicos, as agências internacionais integram os dispositivos de reprodução da ordem mundial, incluindo-se aí também a possibilidade de sua transformação.

Desta forma, a cooperação técnica internacional não é neutra em seu conteúdo e nem em sua forma. As recomendações, as ofertas de idéias são apresentadas como decorrentes de um conhecimento universal, portanto universalmente aplicáveis. Conforme apresentado no trabalho de Mattos (2000), a cooperação como oferta de idéias, característica dos anos 1990, decorrente da crise financeira que atingiu os organismos internacionais, sustenta-se em estudos, pesquisas qualificadas, mas realizados à margem do debate político entre representantes dos países-membros, desembocando em recomendações universais, que mais cumprem o papel de disciplinar as políticas dos países em desenvolvimento e sugerem que as premissas de seus estudos não são tão universais como se pretendem.

Essa capacidade de homogeneização a que se referem Gosovic, Schmidt e Castro, Mattos e Dupas, entre outros autores, expressa a capacidade de verticalização das

políticas a partir dos organismos internacionais, ao menos um verticalismo em relação aos países em desenvolvimento.

Pode-se dizer que o verticalismo figura como uma característica marcante dos modelos de cooperação em diferentes momentos da história da cooperação técnica em saúde. Em linhas gerais, registram-se ao longo da história diferentes denominações atribuídas às práticas de cooperação em saúde, tais como, a filantropia, cuja maior expressão encontra-se na atuação da Fundação Rockefeller, a assistência técnica, desenvolvida por organismos internacionais especializados, e a recente ênfase na oferta de idéias, promovida por OI especializados da saúde e financeiros. Em que pese as diferenças específicas, todas essas práticas têm como traço característico o verticalismo.

O tradicional modelo de cooperação internacional verticalizado não responde às atuais exigências seja devido aos rearranjos no quadro de atores internacionais, seja por sua pouca efetividade ou devido às mudanças no perfil epidemiológico e ao crescimento da capacidade dos países.

Registram-se algumas tentativas de se construir arranjos de cooperação que possam suscitar processos menos verticalizados, mais dialógicos, mais democráticos e mais efetivos. Figuram entre essas iniciativas a “Cooperação Técnica Descentralizada” da OPAS e a “Cooperação Técnica entre Países em desenvolvimento”, a qual foi, inclusive, chamada de cooperação técnica horizontal.

No entanto, apesar de o verticalismo figurar como uma característica presente e criticada do modelo de cooperação corrente e das iniciativas para se construir novas formas de cooperação, pouco se tem avançado na elaboração conceitual do que seria um modelo horizontal de cooperação, objetivo com o qual a presente dissertação pretende contribuir.

## II.4- A ESPECIFICIDADE DO BRASIL

No Brasil, embora a verticalidade seja um traço marcante da forma tradicional de cooperação, o que se vê, ao menos no setor saúde, é uma maior horizontalidade. Nas relações de cooperação internacional em saúde no Brasil, a fala nacional tende a ser mais ouvida e a ter maior relevância no processo de negociação e na definição do conteúdo da cooperação.

Essa tendência a uma maior horizontalidade pode ser percebida na relação do Brasil, no campo da saúde, com várias agências internacionais.

A relação com o Banco Mundial exemplifica essa questão. Na década de 1990, o Banco apresentou uma agenda para o setor que se encontra expressa em diferentes documentos, sendo o “Investindo em Saúde” (1993) o mais difundido. As recomendações expressas nesse documento foram amplamente acatadas, juntamente com empréstimos financeiros, por diferentes países da região das Américas. Ao chegar no Brasil, essa agenda foi muito criticada pelo setor saúde brasileiro e pode-se dizer que entre as recomendações desta agenda e sua aplicação concreta no Brasil existe um *gap* considerável. Um exemplo específico da contradição entre o inicialmente proposto pelo Banco e o efetivamente implementado com recursos do banco expressa-se claramente em dois projetos: a) projeto REFORSUS, Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde, ou, como o Banco prefere denominar no acordo de empréstimo assinado com o Brasil, “Projeto de Reforma do Setor de Saúde” b) o projeto de Controle e Prevenção de DST/AIDS.

No que diz respeito à atuação da OPAS/OMS no Brasil, também se percebe uma ação com maior horizontalidade. Entre vários exemplos, pode-se citar a radical diferença entre a atuação da OPS/OMS no Brasil e sua atuação na Colômbia na questão específica da defesa de uma proposta de reforma de caráter neoliberal nos anos 1990. Durante o “Seminário Regional para o Fortalecimento das Funções Essenciais de Saúde Pública”, realizado em Medellín entre 13 e 17 de setembro de 2004, a Organização Pan-Americana da Saúde fez autocrítica de sua atuação assimétrica junto ao setor saúde colombiano para a adoção da reforma que, em consonância com a agenda do Banco Mundial dos anos 1990, preconizava a privatização e a descentralização e que hoje está em processo de revisão devido aos vários prejuízos que trouxe ao setor saúde daquele país.

Diferentemente, no Brasil, a OPAS/OMS sequer apresentou às autoridades nacionais modelos de reforma com tais características.

Uma das especificidades marcantes no setor saúde brasileiro e que pode explicar essa maior horizontalidade é a existência de uma intelectualidade orgânica, detentora de um grande poder de formulação e legitimidade sociopolítica propulsora do chamado “Movimento Sanitário” que encampou a luta pela Reforma Sanitária Brasileira. A existência desses intelectuais orgânicos, permitiu que se conformasse um pensamento aglutinador no campo da saúde, um pensamento que é assumido pelos interlocutores nacionais no estabelecimento das agendas de cooperação internacional, favorecendo um maior empoderamento do país junto aos organismos internacionais.

Embora as referências mais freqüentes à intelectualidade orgânica estejam associadas ao “Movimento pela Reforma Sanitária”, ou simplesmente “Movimento Sanitário”, conformado a partir da década de 1970, é importante ressaltar a existência da articulação de outros movimentos sanitaristas, em diferentes contextos históricos, evidenciando que conformação de uma capacidade de formulação em saúde no Brasil já tem uma longa história.

O movimento sanitário da Primeira República, que somente recentemente vem sendo estudado, exemplifica um movimento importante na construção do pensamento em saúde. De acordo com Lima e colaboradores (2005), nesse período a saúde foi, pela via da política, alçada à posição de grande problema e, portanto, de solução nacional, sendo objeto de intenso movimento intelectual e político, resultando em políticas que expressaram a reunião de cientistas e intelectuais do período em torno de um projeto civilizatório que firmava a possibilidade da construção da nacionalidade brasileira e a importância de projetos que fortalecessem a presença do Estado no território nacional.

Outro momento importante na conformação de um pensamento em saúde é o do chamado “sanitarismo desenvolvimentista”, do período de 1945 a 1964. Esse sanitário reagia ao campanhismo, à centralização das decisões na esfera federal e ao baixo conhecimento do estado sanitário do país e propunha a compreensão das relações entre pobreza e doença e sua importância para a transformação social e política do país. Esse sanitário, que se expressou com mais vigor no processo de radicalização política que marcou o início da década de 1960, com suas formulações e atores conformam um

legado para o Movimento pela Reforma Sanitária. (LIMA, N. T; FONSECA, C. M. O; HOCHMAN, 2005). Na história da Reforma Sanitária apresentada na recente publicação do Ministério da Saúde (2006) atores-chave entrevistados, protagonistas do Movimento Sanitário fazem menção aos aportes desse momento reconhecendo que esse sanitarismo desenvolvimentista, que lutou por reformas de base nos últimos anos da democracia brasileira, manteve sua força nos primeiros anos da instalação do regime autoritário e que a presença no Ministério da Saúde de profissionais egressos desse período foi importante para fazer as idéias reformistas ganharem mais espaço rumo à conformação do que veio a ser o Movimento Sanitário.

Durante esses diferentes movimentos da saúde pode-se perceber a conformação de relações pontuais de cooperação internacional mais simétricas. De acordo com Castro Santos e Faria (2004), em suas análises da cooperação internacional da Fundação Rockefeller e a enfermagem de saúde pública no Brasil, a simetria nas já se colocava eventualmente a partir de 1920, tal como expresso abaixo por esses autores:

È importante ressaltar que não prevaleceu entre os brasileiros a mera importação da ciência e dos padrões profissionais norte-americanos. Ao chegar, a Rockefeller teve de fazer dos cientistas brasileiros seus parceiros na definição de objetivos e planos de ação. Defrontou-se com um país em efervescência, fruto de ideologias nacionalistas...e não podia agir no terreno da saúde como se partisse do zero (CASTRO SANTOS e FARIA, 2004: p. 124).

Essas simetrias evidenciadas em estudos específicos de cooperação internacional, contrariam as avaliações apresentadas pela literatura sociológica sobre o tema das missões médico-sanitárias estrangeiras que, de acordo com Castro Santos e Faria (2004), são caracterizadas como expressão de domínio centro-periferia, verticalizadas.

Com a conformação de um pensamento aglutinador da Reforma Sanitária esses sinais pontuais de simetria parecem ficar reforçados, potencializados. É com a atuação do Movimento pela Reforma Sanitária que o pensamento reformista torna-se consensual, potencializando as condições do país estabelecer relações mais horizontais no diálogo com as formulações internacionais. Desta forma, o Movimento Sanitário transforma-se num marco, não somente para a política nacional, mas também para as relações da cooperação internacional com o Brasil.



Os especialistas da área da saúde ligados à Reforma Sanitária brasileira caracterizaram-se como intelectuais orgânicos, atuando na conformação de um bloco de forças sociais liderado, soldado sob a hegemonia de um pensamento de saúde como direito e de integralidade e equidade em saúde.

Esses especialistas assumiram um papel crucial na articulação do técnico, do social e do político no domínio dos problemas ligados às condições de saúde e à organização de sistemas e serviços de saúde.

De acordo com Escorel (2005), o Movimento Sanitário, entendido como movimento ideológico com uma prática política constituiu-se a partir dos Departamentos de Medicina Preventiva e se conforma, ele mesmo, num confronto teórico com o movimento preventivista liberal de matriz norte-americana e com sua versão racionalizadora proposta pela burocracia estatal.

Escorel (1998; 2005), ao analisar as origens da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS), assinala a presença marcante de uma intelectualidade orgânica e a opção do movimento sanitário por ocupar espaços com um pensamento contra-hegemônico ao preconizado pelo regime autoritário e a formulação/implementação ativa de políticas de saúde frente à crise previdenciária do Estado.

O movimento pela Reforma Sanitária que teve o início de sua organização em meados da década de 1970, num contexto marcado pela resistência social e política à ditadura, inovou em afirmar o binômio saúde e democracia. Com a rearticulação dos movimentos sociais, as denúncias sobre a péssima situação da saúde pública e serviços previdenciários de atenção médica tornaram-se mais visíveis e com isso cresceram as reivindicações de soluções para os problemas criados pelo modelo de saúde existente. Nesse contexto, profissionais de saúde, principalmente médicos, acadêmicos e cientistas conformaram um movimento pela transformação da saúde que acabou por fundir-se com outros movimentos sociais que tinham em comum a luta pelos direitos civis e sociais, percebidos como imanentes à democracia (ESCOREL, 2005:p.62).

Ainda de acordo com Escorel (2005),

O Movimento Sanitário influenciou o mundo acadêmico e atuou como liderança do processo de reformulação da saúde. Nos primeiros anos do movimento sanitário, a ocupação dos espaços institucionais caracterizou-se pela busca do exercício e da operacionalização de diretrizes transformadoras do sistema de saúde. Profissionais que pensavam criticamente o sistema tratavam esses espaços como uma arena para

colocar em prática os projetos que se colocavam na contra-mão dos interesses do regime autoritário (ESCOREL, 2005:p.68).

Na conformação da hegemonia desse pensamento reformista no setor, de acordo com a publicação do Ministério (2006), o papel da formação de gestores sanitaristas para o sistema de saúde e das residências de Medicina Preventiva foram estratégicas, conforme atesta Francisco campos (BRASIL, 2006), também um ator do Movimento:

O recrutamento e a formação inicial de grande parte dos intelectuais orgânicos do movimento da Reforma Sanitária se deu dentro das residências médicas. Muitos dos quadros que lideraram esse movimento se materializaram a partir daí (BRASIL, 2006:p. 57).

Também são ressaltados os papéis desempenhados pelo CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) e ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), fundados respectivamente em 1976 e 1979, para que o pensamento reformista alcançasse diferentes setores. De acordo com Nelson Rodrigues dos Santos, também uma dos protagonistas do Movimento:

[...] na revista *Saúde em Debate*, (revista de divulgação do CEBES) os artigos eram plurais, e os articulistas eram de várias extrações, desde os sanitaristas, cientistas sociais, até os médicos mais biologicistas. Eram artigos de um número não muito grande de páginas, de fácil leitura, pois o espírito na época era o de muito compromisso para divulgar idéias...Cebes teve um caráter de fácil divulgação, fácil apreensão daqueles novos conceitos, daquelas pregações pelo sistema público de saúde, direito universal à saúde, saúde como direito de cidadania. [...] e a revista se espalhava no Brasil todo, ganhando corações e mentes às dezenas, centenas e milhares de pessoas. Era a revista mais lida pela juventude estudiosa, não só na área de saúde pública sanitarista, mas da saúde de um modo geral. O nascimento do movimento sanitário brasileiro fazia com que as idéias tivessem a capacidade de empolgar corações e mentes das coletividades (BRASIL, 2006:p. 58).

Uma estratégia importante do Movimento para conquistar uma mais ampla assimilação do espírito do Movimento pela Reforma Sanitária, foi a incorporação de suas idéias aos programas partidários, possibilitando a criação de um bloco suprapartidário, caracterizando-se como uma frente parlamentar especialmente importante no processo da Constituinte.

A conformação desse pensamento contra-hegemônico, suprapartidário, é atestada pela identidade auto-atribuída ao Movimento como “Partido Sanitário” presente em

diferentes textos da época e como bem exemplifica Arlindo Fábio Gómez de Sousa (BRASIL, 2006), um dos protagonistas do Movimento:

Havia uma base comum, diferentemente de outras áreas. Por exemplo, a própria área da educação, não tinha essa coesão, um consenso no que diz respeito às necessidades de mudança. E outras áreas também não, quer dizer, a discussão política havia sido perdida ao largo dos anos 1960, 1970, no Brasil, a questão da reforma agrária, da reforma urbana, da reforma política, e a área da saúde não, ela estava mantida. Até porque existia uma coisa chamada Partido Sanitário Brasileiro, e não se pode fazer nenhum tipo de análise nessa época sem que o partido sanitário seja considerado, um espaço de articulação das organizações [...] Cebes [...] Abrasco [...] das lideranças, de forma plural (BRASIL, 2006: p. 65).

Com esse pensamento aglutinador em saúde, durante a Nova República, as lideranças do movimento sanitário assumiram postos-chave nas instituições responsáveis pela política de saúde no país. Nesse contexto foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde foram lançados os princípios da Reforma Sanitária e se aprovou a criação de um novo sistema de saúde, que de acordo Sérgio Arouca, em um de seus pronunciamentos um novo sistema de saúde “tropical, nacional, próprio” (BRASIL, 2006: p. 52) . Assim, a área da saúde chegou à Assembléia Nacional Constituinte com uma proposta discutida e legitimada a qual foi incorporado pela Constituição de 1988.

Hoje os intelectuais orgânicos da Reforma Sanitária, protagonistas ou não do Movimento Sanitário, compartilham de alguma forma desse pensamento. Embora não se possa dizer que não existam diferenças entre as visões e estratégias que devam ser adotadas para a implantação do SUS, não se pode travar qualquer discussão nesse campo sem o reconhecimento da presença desse pensamento e desse movimento vitorioso. Esses intelectuais orgânicos hoje ocupam espaços de decisão nas três esferas de governo e, empoderados por esse pensamento aglutinador em saúde, estão presente nos processos e embates para implementação do SUS, bem como na definição das agendas de cooperação internacional. Esses intelectuais orgânicos são os interlocutores do Brasil, auditório para quem os Organismos Internacionais dirigem-se nos processos de negociação para cooperação técnica internacional.

## II.5- METODOLOGIA

Para o desenvolvimento dessa dissertação, utilizou-se como recurso metodológico, um levantamento documental, entrevistas com os atores envolvidos e a minha observação, como participante do processo.

Os entrevistados foram selecionados tendo como critério a participação direta na cooperação para adaptação das FESP e/ou experiência em cooperação internacional de uma forma geral. Foram entrevistados:

- Carlyle Guerra de Macedo - Diretor emérito da OPAS e participante da formulação da “Iniciativa Saúde Pública nas Américas” e especificamente das FESP.
- Julio Suárez – Coordenador da área de sistemas e serviços de saúde da OPAS/Brasil - Coordenador da cooperação FESP por parte da OPAS
- José Roberto Ferreira – Coordenador de Cooperação internacional da Fundação Oswaldo Cruz. Ex-diretor de desenvolvimento de recursos humanos da OPS-OMS.
- Julio Müller – Técnico do CONASS - Coordenador da cooperação FESP por parte do CONASS
- Renilson Rehen – Técnico CONASS participante da adaptação FESP em 2003. Secretário da Secretaria de Assistência em Saúde, quando da aplicação das FESP em 2001.
- Luiz Fernando Amorin – Diretor do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Participante do processo de aplicação da FESP em 2001 e assessor técnico do CONASS durante o período de negociação da cooperação em 2003.
- Dário Pasche – Coordenador da Coordenadoria Geral de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde do Departamento de Apoio à Descentralização/Ministério da Saúde
- Santiago Alcázar. Assessor especial do ministro da saúde para assuntos internacionais. Coordenador da área internacional de saúde (AISA)/Ministério da Saúde.

O ponto de partida para a dissertação foi a pergunta (porque no Brasil é diferente?) A partir dessa pergunta, estruturou-se um problema correlacionando a pergunta a aspectos específicos da área da saúde no Brasil e a aspectos gerais da cooperação internacional. A partir do problema construiu-se uma hipótese de resposta à pergunta. O conhecimento prático da área de cooperação internacional em saúde associado a uma discussão teórica sobre hegemonia informou a construção da hipótese adotada.

O passo seguinte foi identificar em dimensões específicas que compõem o problema. O problema foi recortado em dimensões no sentido de dar visibilidade a elementos específicos que compõem o seu todo, como recurso pedagógico, entendendo-se que na realidade ocorrem simultaneamente e inter-relacionadamente.

Posteriormente elaboraram-se perguntas que detalhassem, para caracterizar e detalhar cada uma das dimensões. Embora essas perguntas tenham sido criadas, optou-se por não se construir uma entrevista fechada, entendendo-se que esse caminho poderia restringir o potencial das informações a serem coletadas nas entrevistas. Assim, as entrevistas foram semi-estruturadas, onde as dimensões serviriam como roteiro buscando-se que as mesmas fossem abordadas pelos entrevistados.

As dimensões elencadas foram:

- **ECONÔMICA:** essa dimensão foi pensada para se discutir a importância da situação econômica de um país na construção de uma cooperação internacional, fazendo com que a cooperação com OIs tome formatos mais ou menos simétricos, a depender da inserção econômica do país. É uma dimensão importante para apoiar no objetivo geral de entender porque no Brasil a cooperação tende a ser mais simétrica e para os objetivos específicos de definir horizontalidade e discutir a influência dos OIs na formulação das políticas.
- **NATUREZA DO ORGANISMO INTERNACIONAL:** essa dimensão foi pensada para se discutir a interferência que diferentes naturezas dos OI pode exercer na construção de cooperação mais ou menos simétricas. É uma dimensão importante para apoiar no objetivo geral de entender porque no Brasil a cooperação tende a ser mais simétrica e para os objetivos específicos de definir horizontalidade e discutir a influência dos OIs na formulação das políticas.

- **TÉCNICA:** essa dimensão foi pensada para se discutir a importância da qualificação técnica dos interlocutores do país para a construção de relações mais simétricas. É uma dimensão importante para apoiar no objetivo geral de entender porque no Brasil a cooperação tende a ser mais simétrica e para os objetivos específicos de definir horizontalidade e discutir a influência dos OIs na formulação das políticas.
- **CAPACIDADE INSTITUCIONAL:** essa dimensão foi pensada para se discutir a interferência de um sistema de saúde concretamente implantado, com sua capacidade real de fazer, implantar políticas e gerenciar, na construção de cooperação internacional mais simétricas. É uma dimensão importante para apoiar no objetivo geral de entender porque no Brasil a cooperação tende a ser mais simétrica e para os objetivos específicos de definir horizontalidade e discutir a influência dos OIs na formulação das políticas.
- **GEOPOLÍTICA:** essa dimensão foi pensada para se discutir a importância da geopolítica na construção de uma cooperação internacional, fazendo com que a cooperação com OI tome formatos mais ou menos simétricos, a depender da situação geopolítica do país. É uma dimensão importante para apoiar no objetivo geral de entender porque no Brasil a cooperação tende a ser mais simétrica e para os objetivos específicos de definir horizontalidade e discutir a influência dos OIs na formulação das políticas.
- **LIDERANÇA:** essa dimensão foi pensada para se discutir o papel que as características específicas dos atores/lideranças, seu envolvimento, compromissos, postura nas negociações, jogam na conformação da cooperação internacional. É uma dimensão que apóia o objetivo geral de compreender porque no Brasil a cooperação tende a ser mais simétrica e apóia os objetivos específicos de descrever aspectos específicos do estudo de caso e de definir horizontalidade.
- **MOVIMENTO SOCIAL:** essa dimensão foi pensada para se discutir a importância da existência de movimentos sociais articulados ao setor saúde para a construção de relações de cooperação internacional mais simétricas. Durante as entrevistas, essa dimensões mostrou-se muito articulada à dimensão política, sendo incorporada à mesma.

- TEMPO POLÍTICO: essa dimensão foi pensada para se discutir o tempo de apropriação das propostas de cooperação internacional, como um foco para a descrição da experiência vivida no caso das FESP no Brasil e também sendo importante para o objetivo de conceituar horizontalidade. Como esta dimensão tinha um caráter mais descritivo, acabou-se por não ser analisada isoladamente, sendo diluídas nas outras dimensões.
- POLÍTICA: Essa dimensão visa discutir a posição política adotada pelo país no processo de cooperação internacional como uma variável importante para a construção de relações mais ou menos simétricas. Apóia o objetivo geral de se entender porque no Brasil as relações são mais simétricas e os objetivos específicos de discutir a influência dos OI na formulação de políticas, de discutir o papel da sociedade civil nos rumos da cooperação internacional e para a definição de horizontalidade.

Após a realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas. Passou-se a um processo de análise das entrevistas. Em cada uma das entrevista, por meio de um processo interpretativo, foram identificadas as referências dos entrevistados às dimensões elencadas.

O passo seguinte consistiu em uma consolidação sintética das referências de todos os entrevistados por cada dimensão particular.

Posteriormente foi realizada um discussão de cada dimensão apoiando-se em elementos teóricos e tomando-se as falas dos entrevistados como elemento para discussão.

### III - O ESTUDO DE CASO

A cooperação para uso e aplicação das Funções Essenciais de Saúde Pública no Brasil é tomada como estudo de caso por se tratar de um exemplo típico de linha de cooperação internacional que é replicada em diferentes países.

Tomando-se as experiências de aplicação das FESP em outros países, diferentemente da experiência no Brasil, conforme atestado pelo relato de representantes de diferentes países no “Seminário Regional para o Fortalecimento das Funções Essenciais de Saúde Pública”, realizado em Medellín entre 13 e 17 de setembro de 2004, evidencia-se que essa cooperação pode se dar de forma verticalizada.

Nesse sentido, o caso da adaptação das FESP à realidade brasileira coloca-se com um bom exemplo, entre outros que podem existir, de relações simétricas entre organismos internacionais e o Brasil.

#### III.1- HISTÓRIA DAS FESP

A “Iniciativa Saúde Pública nas Américas”, na qual se inserem as Funções essenciais de saúde pública (FESP), desde a segunda metade de 1990, compõe o quadro de oferta de idéias da Organização Pan-Americana da Saúde (OPS-OMS, 2000). Essa Iniciativa decorre de uma avaliação de que os processos de reforma do setor da saúde na Região têm se concentrado principalmente nas mudanças estruturais, financeiras e organizacionais dos sistemas de saúde e nos ajustes na prestação dos serviços de atendimento aos indivíduos, descuidando-se da saúde pública, enquanto responsabilidade social e institucional.

Essa “Iniciativa” tem como objetivo o fortalecimento da prática de saúde pública e sua reinserção no centro na agenda de transformação do setor. Seu desenvolvimento fundamenta-se na importância de fortalecer as funções essenciais que competem ao Estado na perspectiva de melhorar a prática de saúde pública, identificando-se as áreas críticas que precisam ser fortalecidas. Como desdobramento do fortalecimento das FESP espera-se reforçar a liderança das autoridades sanitárias em relação ao sistema de



saúde, uma vez que seu papel, em grande medida, consiste em dar cumprimento a essas funções que competem ao Estado.

Assim, partindo do entendimento de que para alcançar seus objetivos fazia-se necessário uma clara definição do papel da saúde pública, assim como a operacionalização dos conceitos que lhe dão fundamento, a “Iniciativa” dirigiu-se às tarefas iniciais de definição das FESP, entendidas como condições que permitem um melhor desempenho das práticas em saúde pública, e à construção de instrumentos para medir o grau efetivo com que as mesmas são levadas a cabo.

De acordo com a 126ª sessão do Comitê executivo da OPS/OMS (2000), o alcance da iniciativa “A saúde pública nas Américas” pode ser resumido da seguinte maneira:

- promover um conceito comum da saúde pública e suas funções essenciais nas Américas;
- criar um quadro para a avaliação do desempenho das funções essenciais de saúde pública aplicável a todos os países americanos;
- avaliar a prática de saúde pública em cada país, baseando-se na avaliação do desempenho das funções essenciais da saúde pública;
- propor um plano continental de ação para fortalecer a infra-estrutura e melhorar a prática da saúde pública, baseado nos resultados da medição do desempenho das FESP;
- publicar, no primeiro semestre de 2001, *O estado da saúde pública nas Américas*, oferecendo um panorama do grau em que as funções essenciais de saúde pública estão sendo cumpridas nas Américas<sup>10</sup>.

Para o desenvolvimento das tarefas de definição das FESP e elaboração do instrumento para medir seu desempenho, a OPAS contou com o apoio de um conjunto de especialistas da própria Organização, do Centro para o Controle de Doenças dos Estados Unidos (CDC) e do Centro Latino-Americano de Investigação em Sistemas de Saúde (CLAISS) e consultou especialistas em saúde da área acadêmica, de sociedades científicas e organizações internacionais.

Partiu-se de esforços anteriormente realizados, tais como, o estudo Delphi realizado pela OMS, na década de 90, para apoiar a atualização da política “Saúde para

---

<sup>10</sup> Esse objetivo foi cumprido com a publicação do livro *La salud pública en las Américas* (2002) contendo as funções essenciais na íntegra, o instrumento de avaliação e a aplicação nos países das Américas, com os respectivos resultados.

Todos no ano 2000” e o estudo do CDC que, em 1994, aprovou o documento “A Saúde Pública nos Estados Unidos da América”, que serviu de base para o Programa Nacional de Padrões de Desempenho da Saúde Pública (NPHPSP).

A partir da convergência entre os enfoques da NPHPSP, da OMS e dos avanços da discussão na OPAS, o grupo de trabalho encarregado da Iniciativa elaborou o primeiro esboço de um instrumento para a medição do desempenho das FESP. Esse esboço apresentava a definição de cada uma das funções essenciais, assim como os indicadores e padrões para a avaliação do desempenho das mesmas, e foi difundido a diferentes grupos de especialistas e profissionais de saúde pública em um processo que culminou na reunião da rede de instituições e especialistas convocada pela OPAS para se discutir o documento preliminar.

Assim, concluiu-se por 11 funções como essenciais para a prática da saúde pública nos países das Américas.

1. Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde da população
2. Vigilância, investigação e controle dos riscos e danos na Saúde Pública.
3. Promoção da saúde.
4. Participação dos cidadãos na saúde.
5. Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planificação e gestão em Saúde Pública.
6. Fortalecimento da capacidade institucional de regulação e fiscalização em Saúde Pública.
7. Avaliação e promoção ao acesso equitativo da população aos serviços de saúde necessários.
8. Desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em Saúde Pública.
9. Garantia e melhoria de qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos.
10. Investigação em Saúde Pública.
11. Redução do impacto de emergências e desastres em saúde.

Após a elaboração da definição das FESP, da metodologia e do instrumento para medição das mesmas, passou-se a um processo de validação em quatro países da Região (Bolívia, Colômbia, Jamaica e Chile). A validação realizou-se com grupos

de informantes-chave que incluíram diretores dos diferentes níveis da autoridade sanitária (central, intermediário e local), acadêmicos e representantes de associações de Saúde Pública ou de outras instituições afins. A aplicação nesses países permitiu aperfeiçoar o instrumento de medição registrando a experiência e a opinião dos participantes.

Em 2000, apresentou-se o produto desse processo ao Conselho Diretivo da OPAS no qual se aprovou uma resolução para sua aplicação das FESP na Região, sendo posteriormente aplicada em 41 países da Região das Américas.

### III.2- FESP NO BRASIL

A proposta de avaliação das FESP chegou ao Brasil no final do ano de 2001, quando sua aplicação foi proposta à esfera federal. Nesse momento, as FESP sofreram críticas advindas de alguns setores da academia decorrente da avaliação de que essa proposta estava aquém da elaborada pela Reforma Sanitária.

Apesar destas críticas, o governo federal, respondendo ao apelo do mandato da OPAS, definido pelos países, de realizar o exercício de avaliação para somar-se ao conjunto de avaliações dos países da Região a ser publicado, fez opção por realizar uma oficina para avaliação das FESP no Brasil com foco na esfera federal. Essa oficina realizou-se entre 15 e 17 de abril de 2002 e contou com a participação de um numeroso grupo de profissionais de alto escalão de distintos âmbitos da competência da saúde do país. Durante os três dias do exercício, participaram 60 profissionais selecionados e convocados pelo Ministério entre funcionários, acadêmicos e outros especialistas em saúde. (OPAS/MS, 2002)

Como resultado desse primeiro exercício de avaliação das FESP elaborou-se um relatório final, o qual não foi publicado formalmente, conforme era esperado. No entanto, o grupo que vivenciou o processo reconheceu que a metodologia tinha o mérito de propor uma análise sistêmica, mas que seu potencial para apoiar a implementação de políticas era prejudicado devido à sua generalidade, não abarcando as especificidades do Brasil. (OPAS/MS, 2002)

Em 2003, essa linha de cooperação foi recolocada no Brasil. A negociação para essa cooperação tomou um ano, onde, num processo de intenso diálogo definiu-se por conformar uma parceria entre OPAS, CONASS e Ministério da Saúde/Departamento de Apoio à Descentralização (MS/DAD) para a aplicação das FESP adaptada à realidade da política de saúde brasileira e ao âmbito da gestão estadual de saúde, cuja iniciativa passou a ser chamada “Avaliação das FESP/SUS nos estados”.

Diferentemente da aplicação das FESP ocorrida nos 41 países, onde se utilizou a metodologia original na íntegra, no Brasil, a proposta foi adaptada. O processo de adaptação envolveu uma importante discussão conceitual de toda a metodologia e instrumento de avaliação, resultando numa transformação acentuada da proposta

originalmente apresentada pela Organização. Contrariando os depoimentos de representantes de diferentes países durante o “Seminário Regional para o Fortalecimento das Funções Essenciais de Saúde Pública”, realizado em Medellín entre 13 e 17 de setembro de 2004, as FESP foram assumidas pelo Brasil, num processo de diálogo intenso, onde o país foi ouvido e teve acatada sua proposta de se realizar uma adaptação à sua realidade.

Durante o processo de cooperação técnica para a adaptação e uso da metodologia das FESP no Brasil percebem-se elementos que sinalizam para uma ruptura com o modelo tradicional de cooperação. Nesse sentido, diante da ausência de uma definição de cooperação horizontal e do desafio de construí-la, na teoria e na prática, essa experiência apresenta-se como um caso importante para a reflexão, possibilitando identificar alguns elementos, senão definidores de um novo modelo de cooperação, sinalizadores de uma cooperação técnica mais horizontal.

Abaixo se descreve sucintamente a cooperação para adaptação das FESP à realidade brasileira e os elementos sugestivos de simetria nesse processo são discutidos em conjunto com a análise das entrevistas, a partir das dimensões analíticas definidas.

### III.2.1 A CONSTRUÇÃO DAS FESP/SUS

Após um ano de discussão, que envolveu várias reuniões, formalizou-se a parceria OPAS/CONASS/DAD para adaptação das FESP. Definiram-se uma coordenação composta pelas três instituições e uma equipe encarregada do trabalho de adaptação e aplicação das FESP nos estados. Essa equipe trabalhou intimamente articulada com os responsáveis pelo projeto do CONASS, da OPAS no Brasil, com apoio do Escritório Central, e contou também com o apoio de técnicos e acadêmicos indicados pelo Ministério da Saúde, para acompanhar o trabalho de adaptação.

Foram selecionados e contratados consultores com reconhecida experiência na formulação de políticas e gestão na esfera estadual do Sistema Único de Saúde para trabalhar diretamente no processo de adaptação.

A primeira fase da adaptação ocorreu no período de novembro de 2004 à março de 2005 e foi realizada em quatro oficinas de trabalho, utilizando-se a metodologia de “grupos nominais” e a técnica da “construção de consensos”. Esse processo de trabalho alternou reuniões com todo o grupo e a revisão e a elaboração das mudanças em cada uma das funções por parte dos consultores individualmente, exigindo um trabalho de aprofundamento da proposta original desenvolvida pela OPAS e revisão dos principais documentos do SUS.

A etapa de revisão dos aspectos conceituais, estruturais e operacionais das 11 funções essenciais foi realizada em duas oficinas de trabalho, uma em novembro, e a outra em dezembro de 2004, ambas na sede da OPAS, em Brasília.

A primeira oficina contou com a participação de expositores convidados pela OPAS para apresentar “A Iniciativa da Saúde Pública nas Américas” e os aspectos conceituais e operacionais das FESP. Nesta oficina o representante do CONASS apresentou os princípios e as diretrizes, o marco legal e institucional do Sistema Único de Saúde no Brasil, bem como as atribuições e responsabilidades da autoridade sanitária estadual (Gestão Estadual). O Ministério da Saúde participou da oficina com seis representantes, indicados pela Secretaria Executiva.

Na segunda oficina, a equipe de coordenação do CONASS e da OPAS, juntamente com os consultores, fez uma avaliação de cada uma das definições, dos indicadores e dos padrões das FESP, em uma perspectiva de adequação ao Sistema Único de Saúde. Nessa oportunidade, definiram-se pelo agrupamento de algumas funções que foram distribuídas entre os consultores, para formulação da proposta de adequação.

As duas primeiras oficinas produziram algumas definições teórico-metodológicas e encaminhamentos importantes para o processo de adaptação:

1. Considerar os princípios, as diretrizes e as definições legais do SUS;
2. Ter como foco as responsabilidades sanitárias da esfera estadual do SUS;
3. Incluir uma nova função estrutural para a autoridade sanitária estadual, “coordenação do processo de regionalização e descentralização da saúde”;
4. Mudar, suprimir e incorporar definições, indicadores e perguntas
5. Respeitar a estrutura do documento e a sua coerência interna para não gerar alterações no software e no resultado final.

Ao aplicar essas orientações, produziu-se um grande número de adequações que variaram desde um simples ajuste da função até uma total substituição do conteúdo.

Novos debates e a busca de consenso sobre cada uma das propostas de adaptação das funções, elaboradas pelos consultores, foram produzidos em duas outras oficinas, cada uma com carga horária de aproximadamente 48 horas de trabalho. Nessas reuniões debatiam-se as definições das funções, seus padrões ótimos e as perguntas a serem realizadas para aferir o desempenho das mesmas, as quais somaram mais de 600 questões.

Todas as funções passaram por um processo de revisão final. A mesma equipe que trabalhou na reformulação do instrumento elaborou extensa lista de novos termos e definições que foram somados ao Glossário original. Esse trabalho de adaptação do glossário teve a elaboração final a cargo da Prof.<sup>a</sup> Carmem Teixeira, da Universidade Federal da Bahia.

O passo seguinte foi a elaboração do “Manual de Aplicação” que orienta a aplicação do instrumento constando a definição e os objetivos das Funções Essenciais para a Gestão Estadual no Sistema Único de Saúde, propostas relativas a definição dos participantes e aos critérios de distribuição e configuração dos grupos e suas regras de funcionamento.

O processo de adaptação foi concluído em junho de 2005, quando se deu início à validação do instrumento e da metodologia. Essa etapa de trabalho teve apoio de especialistas dos serviços e da academia. A realização do teste piloto ocorreu na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, em setembro de 2005, e logo após a sua realização a equipe da coordenação nacional e os consultores reuniram-se em uma oficina em Brasília, no mesmo mês, para avaliação dos resultados e do processo, correção dos instrumentos e dos procedimentos metodológicos, encerrando esta fase de adaptação.

Durante o processo de adaptação e sobretudo após a aplicação piloto em Goiás evidenciou-se a necessidade de se elaborar uma proposta metodológica para construção de uma agenda de fortalecimento das FESP a partir da avaliação realizada, inexistente na proposta original. Essa proposta metodológica foi elaborada e validada em oficinas de fortalecimento das FESP em três estados.

O instrumento final adaptado intitulado “Instrumento de Medição do desempenho das FESP/SUS”, constitui-se em um questionário estruturado em 11 partes, cada uma delas dedicada a uma das 11 Funções:

1. Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde do Estado.
2. Vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde.
3. Promoção da saúde.
4. Participação social em saúde.
5. Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde.
6. Capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em saúde.
7. Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.
8. Administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos em saúde.
9. Promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde.
10. Pesquisa e incorporação tecnológica em saúde.
11. Coordenação do processo de regionalização e descentralização da saúde.

A estrutura do Instrumento, seguindo a versão original, contempla, em cada uma das Funções definidas, a especificação do Padrão (definição do conteúdo da Função com padrão ótimo), seguido pelos Indicadores a serem utilizados para avaliação do desempenho da Gestão estadual no que diz respeito ao cumprimento da Função. Em seguida, apresentam-se cada uma das Perguntas-matriz (que correspondem aos Indicadores elaborados), cujo conteúdo é desdobrado em perguntas e sub-perguntas, relativas às atividades que são (ou não) realizadas para o cumprimento das Funções. O instrumento é acompanhado de um software estatístico que permite o cálculo direto do resultado final da avaliação.

Os resultados imediatos dessa cooperação são: a) metodologia e o instrumento adaptados à realidade nacional; b) aplicação da metodologia em sete estados; c) Construção de agendas de fortalecimento das FESP nos estados a partir da avaliação realizada; d) publicação com registro da experiência (em fase de elaboração); e) apresentação da cooperação no Congresso da ABRASCO; f) Estabelecimento de cooperação entre Brasil e México para troca de experiências no uso das FESP para a gestão e para a delimitação de competências para a formação de profissionais da saúde.



### III.2.2- PRINCIPAIS QUESTÕES CONCEITUAIS

Algumas questões conceituais foram assinaladas durante o processo de adaptação, entre elas salienta-se que a concepção do papel do Estado contida na definição das funções adaptadas supera a visão estreita do Estado Mínimo e do mercado como regulador das ações de saúde. No instrumento adaptado, as funções reforçam o papel do Estado e da instância pública, reafirmando a saúde como direito de cidadania garantido constitucionalmente pelo Estado brasileiro, assim como os princípios do SUS como a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a democratização da gestão e o controle social sobre as políticas e ações de saúde.

O processo de adaptação não operou com a concepção de que as FESP esgotam as responsabilidades do Estado brasileiro com a saúde. A saúde como um direito garantido por políticas econômicas e sociais coloca, portanto, um vasto campo de atividades sob responsabilidade do Estado para a garantia do direito à saúde, desenvolvidos por outras áreas da administração pública, que ultrapassa o escopo das FESP e as próprias atribuições das Secretarias estaduais de saúde.

A adaptação das FESP para a esfera estadual do SUS pensa as FESP/SUS para o papel e as atribuições desse nível de gestão do sistema, mas não esgota o conjunto de atribuições e funções dessa esfera de gestão, não abarcando, por exemplo, a gestão da rede de serviços de referência, além do papel do estado no co-financiamento do sistema.

Um outro aspecto conceitual diz respeito à definição de saúde pública contida na proposta original desenvolvida pela OPAS. Apesar de partir de um conceito de Saúde Pública mais abrangente, em sua operacionalização nas funções, o conceito ainda mostrou-se restrito para ser adotado no contexto histórico-social do sistema de saúde brasileiro, com seus valores e suas instituições. Ou seja, na adaptação a “Saúde Pública” ganhou uma conotação ampliada, mais próxima do que tem sido conceituado no Brasil como o campo da Saúde Coletiva, enquanto campo de saber e práticas que incluem o esforço organizado da sociedade e do Estado para promover, melhorar, proteger e restaurar a saúde das populações.

No instrumento adaptado ampliou-se a concepção de vigilância de saúde pública, muito focada na vigilância epidemiológica no documento da OPAS, para uma concepção mais abrangente incorporando as políticas, o planejamento e a gestão das vigilâncias sanitária e ambiental e da saúde do trabalhador, conforme estabelecido na Constituição e na Lei nº 8.080/1990.

A função número oito, originalmente referente a apenas ao desenvolvimento e à capacitação de recursos humanos, ampliou seu escopo incorporando atribuições de gestão de pessoas em sentido mais amplo, incluindo a gestão do trabalho. Originalmente o instrumento também não incorporava atividades tradicionais da gestão, como administração de recursos materiais e financeiros, o que ocasionou a necessidade de incluir alguns indicadores relativos a essas atividades.

Procurou-se incluir o conceito de regulação da assistência, tal como vem sendo trabalhado no âmbito do SUS, relativo à organização de subsistemas de auditoria, controle e regulação dos serviços de saúde, não somente os da rede estatal, senão que também os da rede privada contratada e conveniada com o SUS;

Uma outra definição modificada substancialmente foi a referente à participação social na saúde que avalia as atribuições e as responsabilidades da Gestão Estadual no fortalecimento e na autonomia das instâncias de controle social, entre elas os conselhos e as conferências estaduais de saúde, e no desenvolvimento de mecanismos de democratização da participação da coletividade e do cidadão como sujeito ativo nas decisões da saúde, ou seja, procurou-se adaptar as questões relativas à participação comunitária em saúde ao debate que se verifica no Brasil em torno da Gestão Participativa.

A função 11, referente à “redução do impacto de emergências e desastres em saúde”, devido à sua pouca aplicabilidade à realidade da gestão estadual do SUS foi substituída integralmente por uma nova função destinada a avaliar as capacidades, a infraestrutura e os resultados obtidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde e coordenar o processo de regionalização e municipalização da saúde. Aqui, procurou-se enfatizar as atribuições e as responsabilidades da autoridade sanitária estadual na formulação de políticas, no planejamento e na organização e gestão da rede regionalizada de sistemas e serviços de saúde, adequada aos princípios e diretrizes do SUS.

A adaptação realçou a responsabilidade da autoridade sanitária estadual nos aspectos referentes à política, ao planejamento e à cooperação técnico-financeira com os Municípios, expressão da incorporação do conceito de “gestão solidária”, para a implantação, a gestão e a qualificação das atividades e dos serviços de atenção primária à saúde como prática sanitária que favorece a interface das ações de vigilância e as de cuidado às pessoas.

### III.3- A VISÃO DOS ATORES

Como foi dito anteriormente, foram realizadas entrevistas com atores destacados no processo de construção da relação entre o organismo internacional e o Brasil na implementação das FESP. A seguir, será feita a análise das entrevistas, a partir das dimensões analíticas construídas.

#### III.3.1 - DIMENSÃO POLÍTICA

A dimensão política coloca-se como uma referência fundamental para a definição do tipo de relação, mais ou menos simétrica, que se estabelece entre o país e o OI. Essa dimensão apresenta-se fortemente associada à noção de soberania, de autonomia.

De acordo com Bobbio (1991), em sentido lato, o conceito político-jurídico de soberania indica o poder de mando de última instância, numa sociedade política. Este conceito está intimamente ligado ao poder político e são diferentes as suas formas de caracterização, de acordo com as diferentes formas de organização do poder que ocorrem na história. No entanto, em todas elas é possível sempre identificar uma autoridade suprema mesmo que na prática essa autoridade venha a ser exercida de modos bastante distintos. Ainda de acordo com Bobbio, os primeiros teóricos da soberania, quando falavam de poder soberano, basicamente pensavam no poder do rei, embora não excluísse formas de governo aristocráticas e democráticas, nas quais o poder soberano seria entregue a uma assembléia.

O conceito de soberania vem sofrendo mudanças ao longo do tempo. De acordo com Paupério (1997) as definições elaboradas inicialmente, traziam com frequência a idéia de soberania a autoridade, absoluta, ilimitada exigindo uma revisão desse conceito uma vez que a soberania do Estado não é ilimitada e tampouco o Estado é completamente independente. A interdependência econômica, o agrupamento dos países em blocos, os direitos humanos e o meio-ambiente entre outros fatores têm contribuído para a discussão a respeito da necessidade de uma redefinição ou flexibilização do conceito de soberania.

Não cabe aqui o desenvolvimento de um debate a respeito da necessidade de uma redefinição do conceito de soberania. Para efeito da discussão empreendida nessa dissertação faz-se necessário explicitar a compreensão atual desse conceito que, de acordo

com Paupério é a qualidade que cerca o poder do Estado, indicando o poder de mando em última instância, numa sociedade política. A soberania se constitui na supremacia do poder dentro da ordem interna e no fato de que, perante a ordem externa, só encontrar Estados de igual poder. Ter, portanto, a soberania como fundamento do Estado brasileiro significa que dentro do nosso território não se admitirá força outra que não a dos poderes juridicamente constituídos, não podendo qualquer agente estranho à Nação intervir nos seus negócios. É uma qualidade ou atributo da ordem jurídica estatal sem que com isso se entenda uma quantidade certa de poder que não possa sofrer contraste ou restrição. Um atributo de poder do Estado que é soberano, porque, embora exercido com limitações, não foi igualado por nenhuma ordem de direito interna, nem superada por nenhuma outra externa.

Dessa forma, o uso que aqui é dado à soberania é o mais atual e não clássico e no campo da cooperação internacional em saúde pode significar um posicionamento independente do Estado frente a um OI. Essa postura soberana expressa-se na atitude de chamar para si a responsabilidade das decisões sobre cooperação técnica, colocando-se como parte ativa no processo de definição de cooperação técnica e não somente como receptor. Assim, pode-se dizer que há uma relação positiva entre soberania e o estabelecimento de relações mais simétricas.

Nas várias entrevistas realizadas encontram-se menções à postura de soberania do país frente ao OI como o principal elemento para a conformação de uma relação mais simétrica, conforme exemplificado nas falas abaixo:

[...] envolve uma certa postura política...uma postura que envolva o reconhecimento de que o país é soberano. Acho que essa é uma postura política na entrada, na relação com os organismos internacionais. Reconhecer autonomia e soberania do país te coloca numa outra posição pra negociar... Entrar na discussão dentro um certo lugar de soberania.

[...] soberania. Só que a soberania interpretada como um acúmulo de riqueza e de fortaleza institucional e de definição política. Não uma soberania no sentido velho, de fechamento de fronteiras, de nacionalismo, mas só soberania. Quanto soberano, quanto independente, quanto soberano é um país quando entra na relação com o Organismo Internacional.

“Os países da América Latina começaram a evoluir para um estágio de desenvolvimento superior, e o conceito de soberania começou a ser muito discutido internamente, além do chamado nacionalismo antigo, o maior

conceito de soberania mesmo, a capacidade dos governos de decidir o que é que eles queriam.”

Partindo-se da postura geral de soberania, de quem se reconhece com poder de decidir, pode-se perceber uma nuance que é a capacidade de identificar o que se quer para posteriormente poder decidir. A soberania pressupõe que se consiga identificar o que se quer. Uma dificuldade nesse campo faz com que o país, ainda que se reconheça como soberano, fique mais suscetível a relações verticais.

À noção de soberania, enquanto postura política mais geral, soma-se a capacidade específica do país decidir o que quer em termos de cooperação.

Evidencia-se assim uma outra face da soberania, uma dimensão mais específica, que é a capacidade de identificar e consensuar o que se quer em um determinado campo.

Podem-se, então, visualizar diferentes níveis de soberania. O primeiro e mais abrangente é a postura genérica de soberania, de autonomia e independência do país. Um outro é a capacidade de autonomamente definir o que precisa e o que o se quer, no caso, o que se quer de cooperação em saúde. Essa competência para decidir é entendida não como de âmbito puramente técnico, mas também político, remetendo a uma noção de soberania setorial.

Nesse aspecto, países apresentam diferenças marcantes entre si. Essa diferença fica expressa no relato de um dos entrevistados a respeito de sua experiência em fóruns internacionais, como diretor da OPAS:

“apesar das limitações burocráticas, administrativas, das regras comuns (nos OI)...Apesar desses países terem a capacidade de decidir conjuntamente, eles tinham menos capacidade de identificar o que queriam. Então, eles eram muito influenciáveis enquanto a decidir o que é que queriam, o mesmo se aplica a Haiti, Honduras, Guatemala, Nicarágua.”

Assim, a soberania setorial seria a capacidade de se construir uma proposta política, no caso, uma política de saúde capaz de criar um consenso em torno de si e que oriente as decisões no setor. A presença de uma política definida e consensuada estrutura e favorece a capacidade de decisão em níveis mais detalhados, específicos do setor.

No Brasil, pode-se dizer que o setor saúde fala de um lugar de soberania, de um lugar de quem identifica o que quer a partir da existência de uma política consensuada para o setor. Essa definição política foi forjada na luta pela Reforma Sanitária a qual foi capaz de criar um consenso em torno si num forte processo de politização no setor.

Entre os entrevistados com atuação nacional a existência dessa politização e consenso em torno da proposta de saúde parece bastante internalizada, não sendo explicitamente mencionada como importante para a criação de simetria nas relações com organismos internacionais. Esses entrevistados passam direto ao processo de implementação do SUS como justificativa para as simetrias que ocorrem na CI. Ou seja, referem-se diretamente à implementação da proposta consensuada naturalizando o fato de o consenso ter sido necessário à própria implementação. Já entre os entrevistados com atuação internacional essa questão é mais visível e bastante assinalada, como exemplificam as falas abaixo:

“O Brasil é um país muito politizado no campo da saúde e é bom que assim seja...Com oposito ditadura.... Você sai do Brasil e chega em outro país, a saúde não tem essa conotação de soberania, de independência, de um assunto de alto valor cidadão e político como tem para o Brasil.”

“Antes da Reforma...um Ministro da Saúde, quando ele assumiu o cargo ele dizia que faltava ao Ministério peso suficiente para que os delegados da saúde na OMS pudessem se sentir confiantes para atuarem nome do país... Porque o delegados eles estavam falando em nome de quem?”

Esse lugar de existência de uma definição política consensuada confere um lastro, um empoderamento ao setor, dentro e fora do país, facilitando a capacidade do país colocar suas questões na agenda nas negociações junto aos OI. Ou seja, retomando a noção de soberania setorial, pode-se falar da existência de uma soberania do setor saúde brasileiro.

Essa soberania setorial pode ser considerada como o elemento fundamental para resistência do Brasil às propostas de reformas dos anos 1990. Essas propostas ofertadas por OIs, sobretudo o Banco Mundial e identificadas como propostas de corte neoliberal, encontraram resistência no Brasil. Em que pese as divergências quanto ao grau de resistência brasileira a essas reformas (RIZZOTTO, 2000; MATTOS, 2000) há um

consenso de que o Brasil resistiu, não assumiu essas reformas como sua proposta para o setor. Esse entendimento encontra-se expresso no depoimento de vários entrevistados:

“ o Brasil resistiu à indicação da natureza das reformas que ele precisava. Muita das reformas, do período de reformas da década de 90, na América Latina, mais do que pela OPS, foi influenciada pelo Banco Mundial...você viu isso em praticamente, na grande maioria dos países. A Colômbia é o exemplo mais puro, mas até países de tradição pública, de administração pública, como Costa Rica se curvaram a isso. O Brasil não foi nessa! O Brasil resistiu e não aceitou”.

“A resistência (às propostas de reforma propostas pelo BM)... só é possível se a gente analisar determinadas políticas... o SUS é uma política importante para a gente analisar isso.”

É a existência de uma definição política para setor saúde, construída e assumida por aqueles seus intelectuais orgânicos, que conforma a referência sobre a qual as propostas advindas de Oi, ou qualquer outra agência, serão analisadas e discutidas. Foi essa definição política que deu a posição de soberania setorial para a discussão das propostas de reforma advindas do Banco Mundial, em grande medida endossadas pela OPAS, nos anos 1990.

A capacidade do setor saúde reagir com agenda própria às propostas dos OI, a capacidade de contra-argumentar é função dessa soberania setorial. Nesse sentido é interessante perceber que, com a maior ênfase dada à oferta de idéias, nos anos 1990, exemplificada pela proposta de reforma do setor saúde apresentada pelo Banco Mundial, houve um deslocamento de uma postura de cooperação endereçada, preferencialmente, à melhoria nos efeitos, nos resultados das políticas para uma intervenção mais voltada aos processos ligados à própria formulação da política e governança da mesma. Entendendo-se que a capacidade de decidir o que se quer constitui-se numa dimensão importante da soberania, essas propostas voltaram-se a atingir justamente a soberania dos países. Nesse sentido, a inflexão ocorrida no conteúdo da cooperação internacional do Banco Mundial com a adoção da chamada “oferta de idéias”, como denomina Mattos (2000), associada à indução financeira, marca uma tentativa de se estabelecer relações verticais mais essenciais, uma vez que atuam no centro do que definiria a soberania do setor: a capacidade de definir suas propostas.



As referências à “ressignificação”, “customização”, “brasileiramento” das propostas oriundas de OI, presente na fala dos entrevistados, exprimem a possibilidade de interpretação própria dessas propostas. É importante salientar as várias referências à “nossa reforma”, “leitura brasileira”, “reforma autóctone” que expressam o grau de identidade com o ideário da Reforma Sanitária, com os princípios do SUS. Uma “proposta que é nossa” refere-se ao grau de consenso criado em torno dela, o quanto ela é assumida como criação própria e legítima. Assim, as interpretações brasileiras de propostas colocadas por OI somente é possível porque se possui uma proposta referência, um quadro interpretativo ao qual os interlocutores da saúde aderem e que é dado pelo marco da política elaborada pela Reforma Sanitária. Ou seja, a soberania setorial alcançada dá o marco para que se filtrem, que se reinterpretem as propostas apresentadas por OI. Os trechos abaixo selecionados das entrevistas expressam essa disposição:.

“Quando essa proposta vem (Saúde da Família para focalizar a atenção básica pra as populações pobres e atacar a base universal do sistema), a própria política de Saúde da Família é ressignificada no Brasil. Ela (proposta do Banco) não entra como uma perspectiva de desmonte no Brasil, na minha opinião, ela acaba sendo capturada por uma lógica do SUS.”

“A reforma de saúde no Brasil, ainda em processo, mas de qualquer maneira foi gerada aqui... Essa que é a reforma que nós queremos. Vocês (OI) são bem-vindos mas nesse tipo de reforma”

Como decorrência da existência de definição política do setor, a capacidade de decidir o que se quer em níveis mais específicos, como no caso da cooperação para as FESP, também fica facilitada.

Ao se reportar ao caso da cooperação para a adaptação das FESP, todos os entrevistados, que viveram mais de perto essa cooperação, fizeram referência à necessidade que tiveram de avaliar a pertinência da mesma:

“...não se trata apenas de aplicar uma metodologia, mais se trata de perceber a sua... como eu vou dizer? Se ela é necessária ou não... tem que dialogar com aquilo que nós construímos em políticas de saúde no Brasil. E acho que esse foi o exercício.

“quem está precisado de conhecimento, ou tecnologia, enfim de aporte de novos recursos, qualquer que seja, precisa ter claro a sua necessidade, precisa ter claro o diagnóstico da sua realidade para demandar... A gente sabe que precisa melhorar o SUS”.

“Quando vem cooperação oferecida a gente avalia se interessa ou não, se é prioridade ou não pra nossa política”.

Esses depoimentos externam que no caso concreto houve uma avaliação da cooperação em função das necessidades locais, em função do diagnóstico informado pela opção política do setor. O olhar para ver se interessa ou não pressupõe uma clareza do que se quer.

O processo de negociação para essa cooperação foi reconhecidamente longo, um ano, envolvendo várias rodadas de discussão em conjunto com todas as contrapartes, e da OPAS com cada uma das contrapartes, Ministério e CONASS, separadamente. Essa demora para a definição da cooperação deveu-se à uma resistência inicial às FESP por parte das contrapartes.

As resistências iniciais apresentadas pelo Ministério e CONASS, o longo processo de negociação para o uso da metodologia das FESP no Brasil exemplificam um movimento de apreensão da pertinência dessa cooperação no registro da política setorial.

As resistências eram justificadas pelos atores nacionais como decorrentes da identificação ocorrida da OPAS com os processos de reforma neoliberal nos anos 90 e que parecia reforçar-se com uma possível compreensão do termo “essencial”, enquanto minimização da responsabilidade do Estado.

Com intuito de se esclarecer o conteúdo e propósito da metodologia FESP no marco da chamada “Iniciativa nas Américas” estabeleceu-se um processo de diálogo e participação de atores brasileiros em um conjunto de seminários e oficinas, nacionais e internacionais sobre o tema.

Uma vez esclarecido que o papel das FESP era justamente o de reforçar a ação do Estado, através do fortalecimento da autoridade sanitária, e não o contrário, abriu-se um campo maior de aproximação e possibilidade de cooperação. A partir daí foi possível que o CONASS identificasse na metodologia original um instrumento com potencial de apoiar o fortalecimento da gestão estadual. Isso permitiu que se demandasse da OPAS a

cooperação para uso da metodologia, desde que adaptada à realidade do SUS, no âmbito da gestão estadual.

A resistência inicial apresentada pelo Brasil não reflete uma postura de rechaço à cooperação internacional. Vários participantes do processo reconhecem que experiências internacionais podem acelerar a construção de soluções para problemas nacionais e que o “olhar externo” de um organismo internacional pode revelar questões que para os nacionais podem estar pouco visíveis. A resistência significou um esforço de enquadramento da proposta de cooperação original no marco referencial do setor. Ou seja, o processo de cooperação no caso das FESP tratou de fazer com que essa metodologia dialogasse com o que se construiu em termos de política pública para o setor e que, portanto, fosse adaptada.

Na adaptação realizada das FESP à realidade do SUS, o conceito de saúde pública precisou ser revisto, uma vez que no Brasil não se trata de avaliar simplesmente a atuação das instituições gestoras, no caso as Secretarias estaduais de saúde, com relação às práticas de “Saúde Pública”, por mais abrangentes que estas tenham sido definidas no âmbito da “Iniciativa Saúde nas Américas”. A adaptação tratou de tomar como “imagem-objetivo” a noção de integralidade que pretende contemplar, no conjunto das ações desenvolvidas, tanto as ações consideradas de “saúde pública” quanto às ações de “assistência médico-hospitalar”. Essa distinção, não cabe, levando-se em conta a realidade brasileira, na qual o Estado, personificado no Ministério da Saúde, Secretarias estaduais de saúde e Secretarias municipais de saúde, é responsável pela organização do conjunto heterogêneo de ações e práticas que tomam como objeto os determinantes, riscos e agravos à saúde que se expressam nas condições de vida e trabalho dos diversos grupos da população, nos riscos aos quais se encontram expostos, no perfil epidemiológico que emerge do exame dos indicadores de morbimortalidade em nosso meio e no perfil de demanda que se apresenta à rede de serviços dos diversos níveis de complexidade tecnológica (primária, secundária e terciária).

O processo de adaptação da metodologia revela a efetiva apropriação da metodologia FESP articulando-a aos interesses nacionais, no marco da política de saúde do país, permitindo que na prática se encontrasse uma combinação entre a generalidade, característica da proposta inicial da OPAS, e a especificidade necessária para que a

cooperação ganhasse pertinência nacional. A interpretação brasileira das FESP é justamente a leitura a partir de um quadro interpretativo adotado pelos interlocutores e que é dado pelo marco da política setorial cuja materialidade institucional expressa-se no SUS. Assim, um forte sinalizador da simetria ocorrida nessa cooperação está no fato de a metodologia FESP, apresentada originalmente pela OPAS, ter sido transformada, adaptada à política setorial adotada pelo Brasil. Ou seja, o resultado da adaptação marca que, na cooperação concreta, a opção política do país foi respeitada e mais que isso, moldou a cooperação internacional.

O processo de adaptação foi um exercício técnico-político de diálogo das FESP com o que se construiu, enquanto princípios e materialidade concreta, de política pública em saúde no Brasil.

Assim, essa dimensão política, capacidade de decidir o que se quer, aqui chamada de soberania setorial, é o próprio pensamento aglutinador em saúde que permitiu que as FESP no Brasil se constituísse num caso de relação mais simétrica de cooperação, reforçando a visão geral de que há uma relação positiva entre soberania e simetria.

### III.3.2- DIMENSÃO CAPACIDADE INSTITUCIONAL

A capacidade institucional é aqui entendida como a capacidade de administrar, gerir e gerar, ou seja, é entendida como a realidade da gestão, a política não somente proposta, mas a concretizada. Essa dimensão é percebida como muito importante para a definição do perfil de relação que se estabelece entre o país e os OIS, se mais ou menos simétrica. No caso do Brasil, essa dimensão coloca-se como importante para o estabelecimento de relações mais simétricas de cooperação com Ois, em geral, e especificamente para a simetria ocorrida na cooperação para a adaptação das FESP à realidade brasileira.

Pode-se dizer que a tematização da assimetria como problema se dá somente na medida em que os países vão adquirindo suas próprias capacidades. Há uma relação direta entre capacidade institucional e simetria, de modo que as relações verticais/assimétricas correspondem mais frequentemente às relações estabelecidas entre OI e países com pouca capacidade institucional.

Compondo também a noção de capacidade institucional, encontra-se a capacidade de legislar, de elaboração de marcos jurídico-legais. Nesse aspecto, a base jurídico-legal que se tem no Brasil e que aponta para a organização do sistema de saúde é percebida como relevante para a construção de relações simétricas, o que pode se verificar na fala de vários entrevistados, em especial na apresentada abaixo quando o entrevistado justifica a resistência brasileira em assumir reformas que propõem a focalização da atenção à saúde:

“ter uma certa base jurídico legal que sustente uma proposta e uma política de saúde... o Brasil tem, nós temos o marco regulatório jurídico constitucional que é o SUS, está na constituição e tem um conjunto de leis infraconstitucionais que nos dão uma certa... nos dão uma certa não, nos orientam como organizar um sistema de saúde. Nós podemos contra-argumentar, dizendo o seguinte: isto é inconstitucional (proposta política de focalização). Nós não podemos avançar nessa política porque ela, além de não vir nos interessar, nós temos um outro ditamento jurídico que diz o contrário, o SUS é universal... é universal e a saúde é um direito das pessoas. Então, ter legislações que aponte no sentido da organização de sistemas é muito importante.”

É importante ressaltar que a simples existência de um marco regulatório expressa uma capacidade de propor e definir regras para o setor e permitem, em certa

medida, aferir os consensos alcançados no setor e a importância atribuída ao setor saúde no país.

No caso do Brasil, o marco regulatório da saúde, é percebido como uma conquista histórica. Inserir a saúde na Constituição de 1988 como um direito e dever do Estado, bem como a explicitação dos princípios gerais e organizativos do sistema de saúde significam um importante marco histórico para o setor. Assim, esse marco legal é importante por situar a saúde juridicamente e, sobretudo, porque seu conteúdo reflete um consenso alcançado em torno da saúde. Esse marco legal envolve, não somente a Constituição Federal, mas também um conjunto de leis e normas federais, estaduais e municipais. Apesar de toda a discussão a respeito da coerência interna desse arcabouço jurídico (IDISA, 2005) esse é um elemento importante para o balizamento da construção do SUS, de acordo com os princípios formulados na Reforma Sanitária, e também para o estabelecimento de relações simétricas com os OI, uma vez que delimita legalmente o que o país quer para o setor saúde.

Para além da legislação setorial, a experiência político-institucional concreta de desenvolvimento do sistema coloca-se como importante para a configuração de relações mais ou menos simétricas. Não raro os países possuem legislações setoriais que afirmam a saúde como um setor importante, no entanto, quando se analisam seus desdobramentos reais, seus arranjos político-institucionais concretos não guardam coerência com o ditamento legal. Assim, a experiência real é importante na medida em que é a expressão concreta da capacidade do país, não somente dizer, mas implementar o que se quer no campo da saúde.

Uma característica importante da realidade político-institucional dos sistemas de saúde é o grau de coesão institucional. A fragmentação institucional, característica da maioria dos sistemas de saúde na região das Américas é um elemento que reconhecidamente dificulta o desenvolvimento da capacidade de gestão dos sistemas de saúde e dificulta a criação de consensos no setor. A superposição de funções, a falta de articulação entre as diferentes instituições que respondem pela saúde, fragilizam o exercício da autoridade sanitária, dificultam a percepção de responsabilidades no setor e portanto dificultam a conformação de relações simétricas junto aos OI.

No caso do Brasil, com a implementação do SUS, a histórica fragmentação institucional, existente entre Previdência e o Ministério da Saúde, foi superada legal e concretamente, corroborando na prática para um maior empoderamento do Brasil nas negociações junto aos OI no campo da saúde. Essa questão, talvez por já estar bastante internalizada, não é levantada pelos entrevistados, cuja maior experiência de atuação é no âmbito nacional. Já os entrevistados com maior experiência internacional explicitam que a superação da fragmentação no Brasil imprimiu uma marca diferenciada nas relações de cooperação com o país.

Embora se reconheçam traços de simetria em outros momentos, com a experiência político-institucional concreta do SUS, potencializa-se a conformação de um quadro de referência para a construção de relações simétricas. A partir da política de saúde brasileira, gestada no movimento pela reforma sanitária e assumida na Constituição Federal de 1988, conformou-se um sistema de saúde concreto. Essa construção do SUS, não somente como princípios e diretrizes, mas como materialidade concreta da política coloca-se como um elemento fundamental para o empoderamento do Brasil frente aos OI. Pode-se identificar a importância dada a esta questão nas seguintes falas:

“...Certamente, se nós não tivéssemos uma experiência concreta de implantação dos SUS nos municípios, nos estados, nas regiões; de fazer avançar o SUS, a nossa fragilidade na conversa (com OI) ia ser muito grande.”

“...é uma realidade que está colocada pra gente, eu não posso estar desconhecendo... não estou falando só dos princípios, da questão legal, da universalidade, não é só isto! É de toda forma já que esses princípios tomaram, por exemplo, no ponto de vista organizacional. Eu já tenho um sistema... que tem as suas esferas trabalhando de forma articulada, eu já tenho um sistema que tem um controle social desenvolvido, que tem uma forma colegiada de gestão, como nenhuma outra política pública tem.”

A experiência político-institucional de construção do SUS, seja no que diz respeito ao campo da atenção à saúde ou da gestão do sistema, incorporando-se aí a dimensão do controle social, é uma experiência que, ainda que com tensões e dificuldades, reforça a formulação da política consensuada que o informa e cria a ambiência onde se dão as relações de cooperação internacional, fazendo com que essas tenham que dialogar com a realidade dessa política pública construída.

Durante os vinte anos de construção do SUS podem-se assinalar vários elementos que revelam que o SUS, apesar de seus problemas, coloca-se como uma política

de envergadura. Ao longo desses anos ocorreu um processo vigoroso de descentralização, de experiência de participação social, de construção de espaços institucionais de concertação entre as diferentes esferas de governo e de desenvolvimento de inúmeras experiências inovadoras de gestão e atenção à saúde. (BRASIL/CONASS, 2006)

Ao longo desses anos, o SUS ganhou em capilaridade e também em complexidade e vem propiciando um acúmulo de aprendizado institucional que coloca o país em um outro patamar na sua capacidade de gerenciar, administrar e fazer. A implementação concreta do SUS ampliou o espaço de trabalho de profissionais, incrementou o espaço institucional de atuação. O SUS dinamizou o setor saúde, aumentando, inclusive, a demanda por estudos e cursos de formação e educação continuada. Nesse ponto é importante assinalar que a chamada “fuga de cérebros” não se constitui em uma marca do setor saúde brasileiro, diferentemente de outros países da região das Américas, sendo um indicador de desenvolvimento da capacidade institucional brasileira. A “fuga de cérebros”, onde os profissionais de um país dirigem-se a outros países ou OI, deve-se em grande medida ao fato de o país não ter capacidade de absorver esse pessoal, de o país não ter capacidade institucional de manter seus profissionais (FERREIRA, 2005). Assim, não desconhecendo os grandes problemas relativos à gestão do trabalho em saúde, pode-se dizer que o Brasil tem uma capacidade institucional que possibilita a manutenção de seus profissionais, explicando, em certa medida, a menor evasão de profissionais, comparativamente a outros países.

Enfim, a construção concreta do SUS, com todos seus problemas e desafios, permite que o país se coloque numa situação de quem tem a formulação e a experiência rumo à construção do que definiu como proposta para o setor. Isso coloca o país em uma condição de maior propriedade, possibilitando seu empoderamento junto aos OI no estabelecimento de relações de cooperação técnica.

Com a construção desse “sistema de saúde real”, com seus problemas e imperfeições, acumula-se um aprendizado institucional que possibilita um refinamento da capacidade de se perceber e decidir o que se quer, de se ter um diagnóstico de necessidades. Ou seja, esse sistema de saúde concreto tem melhor capacitado o país para exercer, o que nessa dissertação, chama-se de “soberania setorial”. Neste sentido, a capacidade institucional está intimamente vinculada à dimensão política. Primeiro por ser uma



expressão concreta da política e segundo porque funciona como um retorno, uma “devolução” à elaboração da política.

Especificamente no caso das FESP, o sistema de saúde institucionalizado, a sua realidade de gestão colocou-se como um elemento fundamental para a definição da cooperação técnica para adaptação das FESP. A materialização do SUS, especificamente a concretude do processo de descentralização ocorrido, fez com que se descortinassem as dificuldades de negociação das competências de gestão entre a esfera federal, estadual e municipal. O processo intenso de descentralização que se deu ao longo dos anos, chamada por alguns como “descentralização autárquica” (PESTANA e MENDES, 2004) , fez com que se levantasse a necessidade de se resgatar o papel dos estados no sistema. Foi essa percepção, informada pelo momento concreto que o sistema vive, que permitiu que a cooperação com a OPAS se desse para a adaptação das FESP à realidade da gestão descentralizada do SUS e não a simples utilização de uma metodologia genérica, ou seja, a situação da capacidade institucional deu o balizamento para a conformação de uma cooperação mais pertinente.

Houve uma sincronia entre a proposta apresentada pelo OI e o momento de gestão vivido pelo SUS. A identificação de que a metodologia FESP poderia ser ajustada para apoiar a elaboração de respostas às necessidades atuais do sistema de saúde brasileiro não ocorreria, caso o SUS não tivesse sendo concretamente implantado, como atesta um dos entrevistados:

“eu acho, que é o nível de maturidade da gestão do SUS, que a gente têm no Brasil... se a proposta da FESP fosse há alguns anos atrás, eu acho que não teria acontecido o que aconteceu. Por que a gente tem muito tempo de discussão, de financiamento, de divisão de competência federal, estadual.. Então chega um momento que há um consenso da necessidade de qualificar a gestão do SUS. Há um consenso de que a gestão estadual do SUS é estratégica, e que ela estava abandonada, ou perdida”

Da discussão dessa dimensão pode-se concluir que o organismo internacional, embora busque exercer uma influência na política com suas proposta de cooperação, o seu grau de influência é relativizado pela capacidade institucional do país. No caso, essa capacidade institucional está intimamente articulada com a política que a informa, ou seja, o pensamento da reforma sanitária atualizado por seus intelectuais orgânicos.

### III.3.3- DIMENSÃO NATUREZA DO ORGANISMO INTERNACIONAL

Essa dimensão diz respeito às características do OI envolvido no processo de cooperação.

A literatura da área de relações internacionais, em geral, reconhece a cooperação multilateral como mais democrática, mais simétrica. Essa visão evidencia-se em Soares (1994) ao discutir o predomínio, no pós guerra, das relações multilaterais com certo enfraquecimento da ênfase anteriormente dada às relações bilaterais:

Nas relações multilaterais as decisões necessariamente passam por aprovação da maioria dos Estados isso tende a neutralizar posições egoísticas dos Estados e tornar mais difícil a existência de posições hegemônicas de alguns Estados... A cooperação torna-se menos sujeita a paternalismos e pressões quando exercida através de relações multilaterais, em particular sob a égide das organizações internacionais. Não desaparece a cooperação internacional na sua forma bilateral, sujeitas aos percalços das relações bilaterais, mas, a partir sobretudo da emergência de novos Estados da Ásia e da África, na totalidade das organizações internacionais existentes, tende ela a concentrar-se na atuação multilateral. O que antes era uma política isolada dos Estados remetentes de recursos tende a ser uma política concertada em organismos internacionais tornando mais ativa a postura dos Estados receptores (SOARES, 1994: p.168).

Apesar das relações multilaterais serem consideradas como mais democráticas, historicamente o seu advento não imprimiu formas de cooperação distintivamente mais simétricas.

As relações caracterizadas como “ajuda” ou “assistência” internacional, estabelecidas entre agências internacionais e países menos desenvolvidos, foram marcadas pela assimetria, independentemente da natureza da agência internacional.

Quando os países começaram a se desenvolver, econômica e politicamente, a questão da assimetria passou a ser enfaticamente problematizada. Iniciou-se uma pressão por mudanças no posicionamento das agências internacionais, as quais, a partir daí, começaram a apresentar uma certa diferenciação, segundo suas naturezas, no estabelecimento de relações de cooperação.

Um elemento importante para explicar a diferença de sensibilidade do OI às mudanças ocorridas no desenvolvimento dos países está na forma como as decisões são tomadas nesses OI.

Organismos internacionais que contam com governos nacionais em sua estrutura decisória, todos detentores de mesmo poder de voto, diferenciam-se dos que não contam com esse mesmo tipo de estrutura decisória. Nesses OI, chamados intergovernamentais, cada país-membro tem um voto, cada qual com o mesmo peso/valor. A OPAS e OMS encontram-se entre os OI que têm essa característica.

Outros OI, como o Banco Mundial, contam com a participação de diferentes Estados na sua estrutura decisória, no entanto, o voto dos países têm peso diferenciado conforme a cota financeira que cada um possui. Ou seja, nesse tipo de estrutura o poder dos países é diferenciado segundo critérios econômicos. No caso do Banco Mundial o peso maior das decisões encontra-se com os EUA, sendo seu maior cotista.

Assim, os OI intergovernamentais são estruturalmente mais sensíveis ao desenvolvimento das capacidades nacionais, buscando expressar em relações mais simétricas as mudanças ocorridas no desenvolvimento dos países. Já os OI cujas estruturas decisórias, ainda que multilaterais, são imediatamente influenciadas pelo peso econômico diferenciado dos países, acusaram menos a repercussão do desenvolvimento dos países.

O mesmo pode se dizer da cooperação bilateral. A cooperação prestada pelos pelos governos de países desenvolvidos também é menos sensível às mudanças ocorridas nos países. Nesse caso, a cooperação é vista como um instrumento da política externa do país de origem, cabendo a ele unilateralmente a definição dos países com os quais quer cooperar, as linhas de cooperação que lhe são prioritárias, bem como o desenho e conteúdo dos projetos.

Pode-se dizer que, em linhas gerais, o desenvolvimento dos países impactou mais fortemente os OI intergovernamentais os quais, por terem o compromisso de responder aos interesses de seus países membros, passaram a problematizar com maior ênfase a questão da assimetria.

Certamente há um elemento estrutural na cooperação multilateral que facilita a maior simetria. O fato de um OI multilateral contar com vários países com o

mesmo poder de voto favorece estruturalmente a simetria. No entanto, isso não deve ser entendido com muita rigidez. A simetria não é uma decorrência imediata do multilateralismo. Há exemplos concretos de relações multilaterais que se materializam com grande assimetria, inclusive relações de cooperação que envolvem OIs multilaterais intergovernamentais. A atuação da OPAS na Colômbia, quando da cooperação para a reforma de saúde, conforme dito anteriormente, exemplifica um caso de relação multilateral intergovernamental assimétrica.

Diferentes entrevistados, a partir de suas experiências, e contradizendo a literatura corrente, expressam o entendimento de que o multilateralismo não garante maior simetria. Os trechos abaixo transcritos evidenciam justamente a contradição entre a possibilidade da simetria dada pela estrutura dos OIs multilaterais intergovernamentais e a assimetria que pode ocorrer nos eventos concretos:

“nós somos donos da OPAS, isto é a verdade. Não se esqueça que quem faz a agenda da OPAS somos nós (países)...”

“... os países dizem que a OPAS impõem. Se você for a Honduras, Nicarágua, ao Equador, literalmente... não me cite, mas a OPAS impõe.”

Tomando como foco as relações de cooperação bilaterais, quando essas são estabelecidas entre países com graus muito distintos de desenvolvimento, são caracterizadas pela literatura como assimétricas. No entanto, pode-se observar que ocorrem eventos concretos em que as relações de cooperação bilaterais resultam em processos mais simétricos. Um exemplo reconhecido no Brasil, de acordo com Amorim (1994), são os programas de informática com a Alemanha e com a França.

As relações de cooperação estabelecidas nos marcos da filantropia, que tem na Fundação Rockefeller um destaque, são avaliadas por boa parte da literatura como assimétricas. No entanto, estudos que analisam casos concretos de ações desenvolvidas pelas Fundação Rockefeller e Ford ilustram a existência de relações simétricas envolvendo essas instituições. Os estudos de Faria e Costa (2006) sobre as Fundações Rockefeller e Ford, embora os autores avaliem a necessidade de maior aprofundamento, permitem assinalar traços sugestivos de simetria, tal como apresentado abaixo:

Havia, por certo, uma "forma sutil de controle" que se instalava na relação entre o governo dos Estados Unidos e os dirigentes das fundações

norte-americanas com a comunidade científica dos países assistidos, na medida em que os *trustees* determinavam as áreas que seriam apoiadas e, por conseguinte, a agenda mais geral de temas e objeto (Marinho, 2001). No entanto, de modo geral, tanto a Fundação Rockefeller quanto, mais tarde, a Fundação Ford, defendiam a autonomia do pesquisador na definição de temas e objetos de pesquisa (FARIA e COSTA, 2006: p. 14).

Essas colocações revelam que há uma relativa independência entre a natureza da agência e a conformação do tipo de cooperação.

Não se pode dizer, a priori, que uma relação será assimétrica pautando-se unicamente na natureza do OI envolvido. Pode-se dizer que, de uma maneira geral, as relações de cooperação estabelecidas com OI multilaterais intergovernamentais são tendencialmente mais simétricas que as bilaterais. No entanto, é necessário que isso seja analisado à luz de cada evento concreto.

Um outro elemento importante para caracterizar a natureza de um OI é a sua missão, seus objetivos. Nesse sentido, pode-se valer do sistema classificatório de cooperação internacional que faz a distinção entre cooperação técnica e financeira.

Entre os OI encontram-se aqueles cuja missão prioritária é prestar cooperação técnica, como por exemplo a OPAS e OMS. Outros, têm como principal missão a ajuda financeira, como é caso do Banco Mundial. Nesse sentido, tanto OPAS/OMS como BM são OI multilaterais vinculados à ONU, mas que possuem naturezas distintas.

O campo da saúde é historicamente um campo onde predominam relações de cooperação técnica, a partir da atuação de OI especializados. A OPAS como já foi dito, é uma precursora da cooperação internacional em saúde tendo surgido em 1902, antes mesmo da OMS, e ocupou durante muito tempo o papel de principal OI cooperante na área da saúde. A partir da conformação da ONU, outros OI passaram também a assumir a saúde em suas agendas. Exemplos disso são a UNICEF, que passou a se interessar por saúde tendo como foco a saúde infantil e a UNESCO, a partir da educação em Saúde. Mais recentemente introduziu-se uma novidade no campo da cooperação em saúde que é a atuação de organismos multilaterais de crédito, como o Banco Mundial. Esse OI de natureza financeira, passou a atuar no campo da saúde não somente com cooperação financeira, mas articulando-a a propostas de reformas político-organizativas no campo da saúde, ou seja, o Banco Mundial passou a ter uma intervenção no campo da cooperação técnica.

Essa entrada do Banco Mundial no campo da saúde levantou muitas discussões, entre elas a de que se o histórico protagonismo da OMS/OPAS no setor estaria sendo deslocado pela atuação do Banco Mundial (GODLEE, 1994). As discussões em torno da atuação do banco na saúde referem-se ao seu perfil de atuação bastante assimétrico, na medida em que condiciona a cooperação financeira à adesão de propostas elaboradas pelo Banco.

No debate em torno dessa questão, que surge a partir das reformas setoriais, alguns autores como Carvalheiro (2000) sugerem a conformação de distintos paradigmas aos quais esses diferentes OI estariam associados: O paradigma da saúde, adotado por OPAS/OMS, e o paradigma econômico adotado pelo Banco.

Essa inserção em paradigmas distintos pode ser vista como expressão dos diferentes objetivos desses OI, de suas distintas naturezas. Assim, essa diferenciação entre a natureza desses dois OI manifesta-se no conteúdo substantivo do entendimento das questões da saúde, mas também no trato, na forma como se relacionam com os países. Essa distinção é percebida pelos entrevistados, conforme demonstram os trechos abaixo:

“Têm diferentes posturas (OI)... Eu tive oportunidade de tratar com dois organismos importantes. Um foi a OPAS, que tivemos uma relação de aprendizado institucional e que acho que foi pautado muito pelo respeito. Os organismos internacionais de crédito, por trás da sua ação, tem uma certa tendência a fazer uma ação sempre pedagógica... A gente vai dar o recurso, mais esse recurso vai ser usado... pra mudar isso. Então a negociação é sempre muito dura, sempre muito dura.”

“a gente tem que diferenciar agência financiadoras, claro, Banco Mundial, BID, Banco do Desenvolvimento. Esses bancos são completamente diferentes de agências de cooperação multilateral... Na postura... Na simetria, é claro! Os bancos, eles chegam: ‘ eu tenho dinheiro, se eu tenho dinheiro pra você, você vai seguir as minhas regras’”

“como normalmente não entra jogo de dinheiro, a relação da OPAS, em relação aos outros organismos, tende a ser mais simétrica. Não quer dizer que seja. Ela tende a ser... ou pelo menos, menos assimétrica do que alguém que tá do outro lado com um saco de dinheiro na mão dizendo “ agora eu vou dizer como é que eu vou passar esse dinheiro”. No processo de negociação de dinheiro entram vários condicionantes, e aí é onde o Banco tenta impor seus pontos de vista.”

Por outro lado, a experiência brasileira ajuda a relativizar o peso que a natureza do OI possui para a definição do tipo de cooperação. Conforme já discutido, o

Brasil é um caso de resistência à ação assimétrica do BM no campo da saúde. Isso fica expresso nas falas dos entrevistados nacionais e também daqueles que atuam em OI, conforme os trechos abaixo transcritos:

“a posição que os bancos chegam... eu não tô falando aqui no Brasil. Por quê aqui no Brasil também é diferente. O Banco Mundial chega com uma posição e a gente enfrenta a discussão e muda os documentos”

“Com os bancos também se verificou... as relações do Banco Mundial com o Brasil sempre, não foram às mesmas do Banco Mundial com outros países, no qual eles impunham”

A fala dos entrevistados ajuda a assinalar o forte peso que a dimensão econômica tem para a caracterização da natureza do OI. A partir da distinção entre OI cuja missão principal é a cooperação técnica e aqueles cuja missão é a cooperação financeira, pode-se dizer que, de maneira geral, a postura assimétrica encontra-se comparativamente mais fortemente associada aos OI de natureza econômica. Os OI com perfis de cooperação técnica tendem a ser mais simétricos. No entanto, essa é uma visão geral que, conforme exposto, pode ser negada em eventos concretos, a exemplo do Brasil e sua relação mais simétrica com o Banco Mundial e algumas relações mais assimétricas assumidas por OI de cooperação técnica, como OPAS, junto a alguns países.

Assim, pode-se dizer que a natureza do OI, se intergovernamental, de ajuda financeira ou de cooperação técnica, tem importância para a definição do tipo de cooperação que se estabelece. A natureza do OI é importante na medida que conforma um ambiente mais ou menos propício para a conformação de relações mais simétricas. No entanto, a natureza do OI parece que não ter peso suficiente para definir o tipo de relação que se estabelecerá, indicando que as análises devam ser realizadas tomando-se casos concretos. O aparente peso relativo que a variável natureza do OI parece ter na definição do tipo de relação que se estabelece sugere que o país é um elemento potente para essa definição.

### III.3.4- DIMENSÃO ECONÔMICA

Essa dimensão tem grande importância para a definição do tipo de relação que se estabelece entre os países e os OI. Quanto mais bem situado economicamente um país, menos sujeito estará ao estabelecimento de relações assimétricas.

Quando se fala que os países ao se desenvolverem foram reivindicando relações de cooperação mais simétricas, em grande medida e apesar das muitas críticas, toma-se o desenvolvimento como uma expressão da dimensão econômica.

De uma maneira geral, no campo da cooperação técnica internacional, pode-se dizer que a variável econômica cumpre um papel considerável para a caracterização da relação de cooperação que se estabelece entre os OI e países. Esse entendimento fica expresso na fala de diferentes entrevistados:

“A gente (Brasil) paga pelo que está fazendo, de modo que a gente faz o que quer. Quem paga diz o que quer, não vai ter que estar ouvindo a opinião dos outros. Condicionando o que vai fazer à chegada do recurso. Não. Nós temos o recurso.

O Brasil tem mais posição em relação a isto até porque está usando recurso próprio”

“ A África não tem grana, não tem recursos, então a relação com os Organismos Internacionais é uma relação quase de obediência completa, bem vertical.”

“Quanto mais frágil é o país econômica e socialmente, eu acho que menor é a capacidade de produzir relações simétricas. Quando mais precisa, menos se enfrenta...”

Países frágeis economicamente visualizam na cooperação internacional uma possibilidade de captação de recursos para o desenvolvimento de políticas. A Nicarágua, por exemplo, registra, um volume bastante expressivo de recursos advindos de cooperação internacional (NICARAGUA, 2005) como forma de suprir sua dificuldade de financiamento do setor saúde. Conforme avaliação realizada no “Curso Internacional de Desarrollo de Sistemas de Salud en América Latina”, realizado em Manágua no período de 17 a 6 de março de 2005, as fontes de financiamento da cooperação técnica para esse país originam-se de diversas agências internacionais. Essas agências definem isoladamente como e onde aplicar os recursos, prática que vem gerando uma fragmentação de ações, não conseguindo convergir para a conformação de uma política articulada para o setor. Diante



dessa desarticulação, as próprias agências internacionais vêm conformando ações tais como o “Alineamiento y Armonización”<sup>11</sup> que, de acordo com Jané e colaboradores (2003), é um processo voltado à melhoria da eficácia da ajuda externa e ao seu alinhamento com as prioridades do país receptor.

No Brasil, ainda que o financiamento da saúde seja um dos grandes desafios colocados para a implementação dos princípios assegurados constitucionalmente, o volume de recursos recebidos através de cooperação internacional não permite caracterizar uma dependência dos mesmos para implementação da política do setor. Alguns entrevistados reportaram-se ao uso de recursos internacionais como um problema adicional para gestão pública uma vez que “resolvem o problema financeiro, mas não orçamentário”.

De acordo com estudo realizado por Rojas-Hinojosa e Paine (2000), levantou-se um total de 129 projetos de cooperação de natureza multi e bilateral para o período de 1998 a 2004. Constatou-se que um total de oito missões com agências de cooperação bilateral atuando na área de saúde. São elas: Alemanha, Canadá, Espanha, França, Itália, Japão, Reino Unido e Estados Unidos. A cooperação multilateral em saúde se circunscreve a oito Organismos internacionais: Banco Interamericano de Desenvolvimento, Banco Mundial, OPAS, FNUAP, PNUD, União Européia, UNDCP e UNESCO. Em termos financeiros a cooperação internacional responde por um valor de fundos mobilizados (fundos próprios das agências somados aos fundos de contrapartida nacional e fundos de empréstimos bancários) de projetos em execução de 675.566.000,00 dólares para o período de sete anos. A distribuição de valores médios de fundos mobilizados e próprios, segundo a duração média dos projetos, é de 112.162.098,33 US\$ por ano de fundos mobilizados e 20.874.145,00 US\$ por ano de fundos próprios. Estes valores, quando comparados ao gasto público federal anual médio em saúde do governo brasileiro, representam, respectivamente, 1,14 e 0,21%.

A participação do Brasil, enquanto estado-membro da OPAS/OMS o situa em terceiro lugar entre os contribuintes, ficando atrás somente dos EUA e Canadá.

A magnitude dos recursos internacionais em saúde revelam que, ao menos sob o foco da dimensão econômica, o Brasil é um país que, no campo da saúde,

---

<sup>11</sup> Para uma melhor compreensão dessa proposta, acessar [www.aidharmonization.org](http://www.aidharmonization.org)

encontra-se em condições de maior independência em relação aos organismos internacionais.

No caso da cooperação para as FESP, contou-se com uma participação financeira equilibrada entre todos os envolvidos, OPAS, CONASS e Ministério e durante o processo de aplicação da FESP/SUS nos estados, contou-se também com a participação financeira do estado em que se dava a aplicação.

Além da situação econômica do país, um outro aspecto a ser tomado em conta nessa dimensão é o poder econômico do OI.

Os recursos de OI intergovernamentais que são captados junto aos países, no caso de OIs específicos de cooperação técnica, como OPAS/OMS, nunca alcançaram elevar o recurso financeiro ao patamar de principal elemento a ser disponibilizado na cooperação ofertada por esses OI. Para o financiamento de projetos de cooperação, esses OI atuavam e continuam atuando com seus recursos próprios, mas também no sentido de favorecer a triangulação com países doadores, buscando captar recursos desses países que se somam aos seus recursos regulares destinados à cooperação.

Hoje se assiste a uma proliferação e diversificação dos atores que atuam no âmbito da cooperação internacional. De acordo com Ferreira (2006), em 1940 havia 477 organizações internacionais não-governamentais, passando para 5472, em 1996. No entanto, esse aumento no número de atores não veio acompanhado de um aumento no volume de recursos disponibilizados junto à comunidade internacional.

É nesse contexto que são acirradas as disputas entre a multiplicidade de atores internacionais pelos recursos disponíveis. É nesse contexto que se desenvolvem as relações de cooperação e competição entre os atores que conformam a comunidade internacional. Pode-se dizer que esse quadro tem favorecido um relativo desempoderamento de OI de cooperação técnica junto à comunidade internacional, ao mesmo tempo, faz com que os OI de crédito, que situam-se em melhores condições financeiras, tenham seu poder de influência favorecido no conjunto da comunidade internacional.

Conforme já discutido na dimensão natureza do organismo internacional, a questão econômica tem se colocado como um elemento importante para a diferenciação

da postura de um OI junto ao país, trazendo repercussões para a definição do tipo de relação de cooperação, se mais ou menos simétrica.

Apesar de todo a exposição acima, afirmar que os países mais frágeis economicamente estejam fadados a assumir somente relações de cooperação assimétricas, que não possam relacionar-se soberanamente com um OI, parece um posicionamento muito rígido. Essa visão é corroborada por alguns entrevistados conforme apresentado abaixo:

“Eu acho que a posição do país é decisiva. é a questão da soberania, a questão dos dirigentes do país. Porque isto é mais que tudo um posicionamento político e ideológico. Você pode ter um pequeno país pobre, mais dependente, vamos dizer assim, economicamente, e esse país pode simplesmente se afirmar. Isto é uma questão de afirmação política.”

O recente posicionamento da Bolívia relativiza o peso da dimensão econômica na conformação de relações de cooperação exemplificando que se pode adotar uma postura mais simétrica junto aos OIs, ainda que com certa fragilidade econômica. Sob o princípio de “soberania sanitária”, coerente com seu Plano Nacional de desenvolvimento, esse país, recentemente, empreendeu uma avaliação e revisão do papel das agências de cooperação técnica no país. Nesse processo, a estratégia de cooperação da OMS/OPS com o país foi atualizada, passando a ser definida, de acordo com o documento resumo CCS 2006 (Country Cooperacion Strategy), como de “apoio à refundação do Estado boliviano que, no âmbito setorial, está embasada no princípio de soberania nacional e sanitária” (OPS/BO, 2006). Ou seja, ainda que com dificuldades econômicas, o posicionamento da Bolívia é de requerer da cooperação internacional uma maior pertinência nacional.

### III.3.5- DIMENSÃO LIDERANÇA

Essa dimensão tem relativa importância para a definição do tipo de relação que se estabelece entre o país e o OI. Trata-se de uma dimensão que tem importância na medida em que está intimamente vinculada à dimensão política.

As lideranças ou interlocutores no processo de cooperação, entendidos como atores políticos, conformam uma variável a ser considerada na análise da construção de relações de cooperação mais ou menos simétricas. As lideranças não se encontram descoladas de suas intenções e ambientações políticas, estando marcadas por compromissos com pensamentos e práticas.

Conforme já discutido, a dimensão política entendida como a existência de uma proposta de política setorial consensuada, ou soberania setorial, é um elemento importante a ser considerado para a conformação de relações mais simétricas. Assim, a importância das lideranças, dos interlocutores assenta-se no fato de que podem reforçar ou diluir a construção de uma relação mais simétrica, a depender de sua identidade e compromisso com a política adotada pelo país. Ou seja, para que o estabelecimento de relações mais simétricas seja favorecido é importante que os interlocutores do país estejam afinados com a proposta política adotada e que representem realmente a visão consensuada de política setorial.

Essa percepção é manifestada pelos entrevistados, às vezes confundindo-se com a própria noção de soberania, como assinalado nos seguintes trechos:

“se a pessoa que representa o país são pessoas improvisadas, sem grandes vínculos, sem grande paixões, comprometimento, eu acho que aí a soberania é fraquíssima, e isso acontece! Nem sempre os representantes do país são verdadeiros, legítimos, comprometidos representantes do país. Às vezes são funcionários que apareceram no espaço e entra na cena...”

“quando eu te falo soberania, soberania significa quão capaz, é um interlocutor, que representa o país. Quando a gente fala o Brasil dialogou, não é o Brasil, está dialogando alguém. Tem uma pessoa lá! O Lula, o Ministro da finanças. Quer dizer, quão soberano é esse interlocutor que representa o país, ou os interlocutores, o Itamaraty no caso do Brasil, para dialogar com o Organismo Internacional.”

No setor saúde brasileiro pode-se dizer que as pessoas que hoje são interlocutores da área junto aos OI são pessoas que, de uma maneira geral, compartilham da defesa do SUS, segundo seus princípios constitucionais.

A mesma intelectualidade orgânica que na luta pela Reforma Sanitária assumiu um papel crucial na articulação do técnico, do social e do político no domínio dos problemas ligados às condições de saúde e à organização de sistemas e serviços de saúde, hoje assume cargos executivos nas três esferas de governo.

Pode-se dizer que no Brasil as lideranças encontram-se vinculadas a um pensamento aglutinador no campo da saúde. Com isso não se quer negar a existência de diferentes grupos políticos que atuam na área, muito menos homogeneizar as visões e entendimentos sobre questões que a política setorial deva enfrentar. No entanto, é possível se reconhecer a existência de uma ampla articulação, supra-partidária, em torno da política elaborada na luta pela Reforma Sanitária e que tem no SUS uma de suas expressões. A existência desse pensamento aglutinador está presente nas lideranças que, com suas particularidades, demonstram compromisso político com o SUS.

Tomando-se como ponto de partida esse compromisso das lideranças com o SUS é importante que se faça uma análise mais específica do posicionamento dos atores envolvidos. Diferentes motivações e até mesmo características pessoais das lideranças, em cada caso concreto, imprimem ritmos diferentes à cooperação, facilitando ou dificultando processos. Essa visão encontra-se respaldada por análises de Faria e Costa (2006) que tomaram como objeto a atuação de agências como a Fundação Ford e Rockefeller:

É importante ressaltar que as mudanças de orientação (por exemplo, no tocante a programas direcionados para projetos de justiça e inclusão social) parecem relacionar-se, por vezes, à presença ou não de familiares dos clãs à frente das fundações. No pós-guerra, os dados indicam uma forte inflexão conservadora no comportamento da Fundação Rockefeller com a entrada de um membro da família na política (Nelson Rockefeller). Nesse período, os critérios universalistas de avaliação, seleção e doação passam a ser fortemente afetados por valores político-ideológicos, gerando a politização perversa da filantropia científica (FARIA e COSTA, 2006: p. 15).

A visão de que a dimensão pessoal tem importância também se encontra entre os entrevistados:

Eu acho que as instituições são pessoas, como acho que os serviços de saúde são pessoas. Não são móveis, nem aparelhos. Então, uma pessoa

pode ser decisiva na mudança de qualquer processo. De acordo com a cota de poder que essa pessoa tenha num caso, num lugar determinado.”

“Sem dúvida alguma o individuo tem uma liderança diferenciada...seu entusiasmo, compromisso”

Especificamente no caso das FESP os diferentes interlocutores envolvidos apresentavam-se afinados com a proposta política setorial. A OPAS precisou, conforme já assinalado, esclarecer que sua intenção com as FESP era somar-se aos princípios do SUS e não ao contrário. Esses esclarecimentos fizeram-se necessários devido à identificação da OPAS com as propostas de reforma advindas do Banco Mundial, nos anos 1990, e que foram fortemente criticadas sob a ótica do SUS. A partir de um conjunto de seminários nacionais e internacionais com a participação dos representantes de CONASS e MS esclareceram-se as dúvidas com relação ao posicionamento da OPAS e as potencialidades da metodologia FESP. A partir desses momentos de discussão criou-se um clima de maior confiança entre os parceiros. Confiança de que a proposta política do país seria respeitada, a despeito das diferentes motivações e interesses dos atores, que também se explicitaram nesses encontros.

Tendo como pano de fundo a sintonia das lideranças com o SUS, cabe uma melhor localização das motivações específicas dos diferentes atores envolvidos no caso da cooperação para adaptação das FESP.

A metodologia FESP já era conhecida no Brasil desde 2001, quando foi apresentada e aplicada pela OPAS, sem adaptação e tendo como foco o âmbito nacional. Nesse momento, durante o governo de Fernando Henrique, o Ministério da Saúde encontrava-se sob a gestão do Ministro José Serra e a atividade foi coordenada diretamente pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), cujo secretário era Renilson Rehen. Ao finalizar a gestão Serra, em 2003, com o início do governo Lula, o grupo político que hegemonizava o Ministério passou a assumir o CONASS, fazendo com que essa instituição passasse a ser associada com as posturas do governo Serra e, portanto, criticadas pela gestão Lula que recém assumia o Ministério. Foi com esse grupo do CONASS, sob gestão de Fernando Cupertino, que se negociou a cooperação para adaptação das FESP à realidade do SUS, tendo agora o âmbito estadual como foco.

A negociação da cooperação para adaptação das FESP junto ao Ministério se deu sob a gestão do ministro Humberto Costa, especificamente sob coordenação do Departamento de apoio à Descentralização (DAD) da Secretaria Executiva, cujo secretário era Gastão Wagner.

Assim, durante o processo de cooperação para adaptação das FESP, o CONASS e o Ministério, conformavam grupos com identidades partidárias distintas e inicialmente nesse processo nutriam desconfianças mútuas.

O Ministério, partindo de sua responsabilidade de cooperar com estados, estava interessado em criar uma linha de apoio à gestão descentralizada e apresentava como alternativa o chamado “apoio integrado” aos estados. Essa proposta consistia em envolver as diferentes áreas do Ministério para fazer um diagnóstico da situação da gestão nos estados e criar, a partir daí, um processo de cooperação para superação dos pontos frágeis.

O CONASS também partia de sua responsabilidade de apoiar os estados e tinha como interesse específico o seu empoderamento junto aos estados. Pretendia agregar à sua função de defesa dos interesses dos estados num plano mais político, desempenhada até então, uma função de apoio mais qualificado tecnicamente e a metodologia FESP poderia cumprir o papel de numa ferramenta de apoio a gestão estadual a ser oferecida. (MÜLLER, 2005)

É importante observar as motivações isoladamente, mas também em relação. O Ministério e o CONASS hegemônicos por grupos político distintos apresentavam intenções semelhantes, intenções de cooperar com os estados para a gestão descentralizada do SUS, concorrendo entre si pelo protagonismo junto aos estados.

A OPAS, por sua vez, partindo também de sua missão de cooperar com os países, tinha interesse que a metodologia FESP, a qual se insere no seu quadro de “oferta de idéias”, tivesse um uso real no Brasil, país que tem o maior sistema público de saúde do mundo.

A área de sistemas e serviços de saúde da OPAS já estava iniciando uma relação de cooperação com o DAD/MS, responsável pela descentralização do sistema a partir da esfera federal, a qual era entendida como uma parceria estratégica para a OPAS. É importante salientar que o Ministério da Saúde do Brasil é a principal contraparte para a OPAS. A interlocução política da OPAS com o Brasil se dá prioritariamente através do

Ministério da Saúde, uma vez que ele é quem responde pelo país internacionalmente. No entanto, o federalismo brasileiro abre a possibilidade de uma interlocução direta com outros atores, como o CONASS, uma vez que representa a esfera estadual.

A parceria com CONASS também era avaliada como estratégica por facilitar a presença da OPAS nos vários estados, permitindo uma capilarização da cooperação empreendida pela OPAS, o que não se daria não fosse através da parceria com instituições como CONASS, além de conferir maior legitimidade à essa presença .

A OPAS poderia atuar diretamente com o CONASS, o qual tem autonomia e legitimidade para representar as secretarias estaduais de saúde. No entanto, para OPAS era politicamente importante associar CONASS e Ministério, sobretudo por tratar-se de um sistema de saúde descentralizado, mas único, o SUS, sendo fundamental que as negociações envolvam as diferentes esferas. Diante disso, a OPAS esforçou-se durante todo o processo para garantir o envolvimento conjunto do Ministério e CONASS, embora a cooperação estivesse voltada imediatamente à esfera estadual.

Uma vez esclarecida a dúvida quanto ao espírito das FESP no marco da “Iniciativa da Saúde Pública das Américas”, a OPAS alcançou a confiança dos envolvidos, podendo atuar como mediadora das relações entre Ministério e CONASS para que a cooperação pudesse se desenvolver. O Ministério, convencido de que a metodologia FESP poderia ser adaptada ao SUS e somar-se a seus interesses de implementar uma política nacional de apoio à gestão descentralizada do SUS e associar-se à sua proposta de “apoio integrado”, passou a apoiar a cooperação. O CONASS convencido do potencial da metodologia como instrumento para o fortalecimento da gestão estadual, ganhou a adesão do conjunto de sua equipe técnica e assumiu o protagonismo no processo de adaptação da metodologia dando o foco da gestão estadual. Todos os envolvidos definiram conjuntamente o perfil dos profissionais que trabalhariam no processo de adaptação assinalando que uma característica fundamental desses profissionais deveria ser o compromisso e o conhecimento da gestão do SUS.

Os interesses específicos dos participantes da cooperação, em certa medida conflitantes, assim como a postura de resistência inicial dos interlocutores não foram impeditivos para que a cooperação pudesse desenvolver-se e que se desse de forma mais simétrica, comparativamente à ocorrida em 2001. Todos estavam investidos de uma



proposta política como ponto de partida, mas também apresentavam abertura para negociar. Isso diz respeito a características institucionais, mas também pessoais.

Características individuais dos negociadores podem abrir espaço ou dificultar as negociações. Vários entrevistados fazem referência ao peso que a dimensão individual teve no caso da cooperação para adaptação das FESP. O papel da liderança de Julio Müller, coordenador por parte do CONASS e de Julio Suárez por parte da OPAS foi assinalado pelos entrevistados como um elemento facilitador da cooperação, conforme atestam os trechos de entrevistas abaixo:

“você tem no CONASS o Julio (Müller)... pessoas que se entusiasmaram com a idéia... porque é, uma coisa assim de você vibrar, uma coisa que lhe dá satisfação, que você acredita, que lhe mobiliza e tal”.

“Com muita paciência, com muito apoio ...quero enfatizar isso... sobretudo do Julio Suárez que em momento nenhum desistiu da coisa”

Os entrevistados que participaram da aplicação da metodologia FESP em 2001 e 2003 assinalam que a maior simetria por eles percebida na aplicação realizada em 2003, pode ser atribuída, entre outros aspectos, a uma composição mais favorável de interlocutores. Nesse sentido, entrevistados enfatizam a maior abertura para o processo de adaptação da metodologia original apresentada pelos interlocutores da OPAS, em 2003, conforme apresentado abaixo:

“Mas são, perfis diferentes (Julio e Guerreiro)... o Guerreiro era um perfil diferente. Ele era uma pessoa... Menos vibrante, vamos dizer assim. Então, tem diferença... essa é uma coisa que eu acho que existe.”

“Julio Soares,...ele não teve nenhuma dificuldade em entender a importância dessa adequação e não só isso, como estimulou que a gente pudesse fazer esse processo de apropriação à realidade do país e à realidade das secretarias estaduais.”

Esses comentários coincidem com a mudança ocorrida na coordenação da área de sistemas e serviços de saúde da OPAS, responsável pela cooperação FESP. Além de seu entusiasmo e abertura para o processo de apropriação nacional da metodologia FESP, o fato de Julio Suárez, o novo coordenador da área, ser um cubano que defende

sistemas universais de saúde é visto com simpatia pelos entrevistados e isso parece ter facilitado a aproximação e o estabelecimento de uma relação de maior confiança.

Assim, as motivações e características pessoais, ganham importância na conformação do tipo de cooperação, exigindo sua análise nos casos concretos, uma vez que, dadas as condições mais gerais, a dimensão individual pode facilitar processos de cooperação mais horizontais.

### III.3.6- DIMENSÃO TÉCNICA

Essa dimensão diz respeito ao campo do conhecimento, das competências e qualificação técnica em saúde apresentada pelo país e seus interlocutores.

Conforme já discutido, o entendimento original de que as agências internacionais são as responsáveis pela disseminação do desenvolvimento imprimiu a marca do verticalismo na forma tradicional de cooperação. De maneira geral, as relações de cooperação mais verticalizadas baseiam-se na transferência de “know-how”. Dessa forma, pode-se dizer que, na medida em que os países foram desenvolvendo suas competências técnicas, melhorando a qualificação técnica das equipes de saúde nos países, as possibilidades de uma cooperação mais horizontal foram potencializadas, havendo uma redução da distância entre o conhecimento localizado nos OI e nos países.

Com isso não se quer dizer que todos os países alcançaram um desenvolvimento técnico desejado, ou mesmo que a verticalidade tenha deixado de se constituir um problema. Ao contrário, como já explicitado, apesar de todas as mudanças, a cooperação verticalizada continua sendo a forma tradicional de cooperação. No entanto, essa relativa desmonopolização do conhecimento é real e é percebida sobretudo pelos OI, para quem o desafio de se adequar à nova realidade e rediscutir seu modelo tradicional de cooperação tem sido fortemente colocado.

Os trechos de entrevistas transcritos abaixo ilustram a questão que se tem levantado para a cooperação técnica envolvendo OI's:

“o pessoal nacional passou a se informar muito melhor e cresceu. Quer dizer, quando a OPAS começou... (os países) não tinham informação, não tinha nada, o pessoal era zero. Então, aqueles poucos que tinham isto (conhecimento), era lá em Harvard ...e então estavam em condições de chegar e ensinar”

“...os países começaram a criar centros de excelência. A FIOCRUZ é um centro de excelência... Assim como existem outros no Brasil... cada país também desenvolvendo isto... Uma das grandes perguntas que se coloca é: qual é a função da OPAS hoje em dia... já que os países modificaram suas capacidades?”

“Então, a pessoa ( do OI) que se deixa cooptar (por propostas nacionais), mas que não tem a capacidade de se sobrepor em termos de conhecimentos técnicos sobre os demais (nacionais), deixa de ter valor”

“Estamos (Brasil) muito independentes, posso dizer, enfim de maneira muito crua ...se hoje a OPAS e a OMS desaparecem o Brasil não será afetado...vai continuar igual, a gente vai continuar fazendo. Porque é isso

que eu estou te dizendo nós alcançamos já a maturidade, nós éramos solicitantes, agora nós temos a capacidade de oferta.

Essa falas em última instância questionam o valor da cooperação internacional num contexto de desenvolvimento da capacidade técnica dos países e revelam seu entendimento de cooperação técnica, tomando-se cooperação por verticalidade, entendendo que a cooperação somente é possível quando há subordinação técnica. Trata-se de um entendimento rígido onde somente há espaço para relação de cooperação entre entes que detêm competências técnicas muito distantes, onde um detém o conhecimento e o outro não, ou seja, entende-se que a cooperação pressupõe a verticalidade. Dentro dessa visão, a noção de simetria está descartada e é contraditória com a aspiração expressa pelos mesmos entrevistados ao se referirem, todos, à uma desejável “cooperação internacional de mão-dupla, onde não se distingam doadores e receptores de cooperação.”

O entendimento de que os OI não teriam o que fazer com países com alto grau de capacidade própria, revela a forte identificação da prática dos OI como um “substituto” de capacidades do país, uma identificação com a prática assimétrica de cooperação, onde o OI cumpre um papel protagônico muito forte na definição da proposta, do projeto junto ao país fragilizado. Sendo essa a prática exclusiva do OI, um país, ao desenvolver suas capacidades, realmente esvaziaria a função do OI. Nesse sentido, discutir simetria em cooperação técnica internacional ganha outra importância, ou seja, a evidenciação de uma possível cooperação simétrica, facilitada pelo desenvolvimento da capacidade de um país, coloca em foco não somente uma modalidade a mais de cooperação, mas a própria existência de uma cooperação internacional que contemple o envolvimento de OIs e países cuja dimensão técnica seja desenvolvida.

Nesse sentido, as experiências de cooperação com o Brasil são bastante instigantes para a reflexão da simetria na cooperação envolvendo países detentores de excelência técnica.

O Brasil é um país que tem uma competência técnica em saúde, em geral e especificamente na saúde pública, que há muito vem se desenvolvendo e sendo reconhecida internacionalmente. Esse reconhecimento tem colocado o Brasil, cada vez mais, na condição de ofertante de cooperação internacional, sobretudo para os países da América do Sul e África. (ROJAS-HINOJOSA, J e PAINE, P, 2000 ).

Dentro de uma visão de cooperação que pressupõe a subordinação técnica estaria descartada a possibilidade de cooperação com países que tenham avançado tecnicamente, como o Brasil. No entanto, o caso da cooperação para adaptação das FESP no Brasil atesta que é possível e que pode ser bastante efetiva uma cooperação com um país tecnicamente potente.

A proposta de cooperação originalmente ofertada pela OPAS, a metodologia FESP, materializava o esforço de um conjunto de *experts* internacionais, apresentando densidade de conhecimento técnico, o que lhe conferia grande respeitabilidade. O Brasil, por sua vez, no contexto da construção do SUS apresenta capacidade de desenvolver metodologias próprias para dar resposta à questão da avaliação da gestão estadual, objeto da cooperação FESP/SUS. No entanto, adotar essa metodologia já discutida internacionalmente (FESP) como base para uma adaptação à realidade nacional, poderia, segundo avaliação do CONASS, conferir maior agilidade, além de um maior peso político por se tratar de um processo avalizado pela OPAS, organização que goza de prestígio no setor.

Assim, houve uma identificação de que a metodologia originalmente da OPAS poderia ser ajustada para apoiar a elaboração de respostas às necessidades atuais do sistema de saúde brasileiro, passando-se à definição dos consultores técnicos que participariam do processo de adaptação das FESP. Nesse sentido, os critérios para a seleção foram as reconhecidas experiências na formulação de políticas e de gestão, na esfera estadual do Sistema Único de Saúde (MÜLLER, 2005). Embora não se tenha colocado titulação acadêmica como critério, todos os envolvidos apresentavam no mínimo o título de especialista. Nesse ponto é interessante assinalar que, embora a qualificação dos profissionais do SUS seja um desafio constante na agenda política do setor, os tomadores de decisão, em geral, possuem boa qualificação técnica. De acordo com estudo do CONASS (BRASIL/CONASS, 2004), os gestores da esfera estadual, à qual se endereça a cooperação FESP, em sua maioria, 85%, possuem pós-graduação em saúde.

No caso das FESP, o “saber competente”, o conhecimento do SUS, da gestão foram fundamentais para que ocorresse a adaptação das FESP conferindo-lhe pertinência nacional. Nesse caso concreto de cooperação a questão de sobreposição de conhecimento, uma diferenciação entre os graus de capacidade técnica do OI e das

contrapartes nacionais sequer foi cogitado, sendo cada qual respeitado por suas expertises específicas disponíveis para a interação. Essa indistinção entre doador e receptor de cooperação, contrariando a lógica da verticalidade, foi enfaticamente reconhecido e valorizado por todos os entrevistados envolvidos no processo, os quais expressam ter havido uma “via de mão-dupla”, onde todos, tanto o país quanto OPAS, ganharam no processo”.

Nesse sentido vale frisar a postura adotada pela OPAS em 2001 e 2003 foram distintas. No processo de cooperação para adaptação das FESP à realidade brasileira iniciado em 2003, a proposta inicial foi apropriada pelo país, a metodologia foi redesenhada, filtrada imprimindo-se pertinência nacional à mesma. Nesse processo a OPAS foi um dos parceiros diferentemente do primeiro momento, em 2001, em que o processo foi marcadamente protagonizado pela OPAS, que não somente apresentou a metodologia, mas também trouxe os técnicos para aplicá-la, sem qualquer adaptação à realidade ou discussão nesse sentido. Como resultado final apresentam-se diferenças significativas entre esses dois momentos. O resultado mais imediato do processo empreendido em 2001 foi um relatório final da avaliação realizada o qual não foi publicado, contrariando as expectativas da OPAS, e também não foi utilizado no Brasil para informar a formulação de políticas ou intervir nos processos de gestão do sistema de saúde. Os resultados da cooperação no segundo momento, conforme já mencionado, foram: a) metodologia e o instrumento adaptados à realidade nacional; b) aplicação em sete estados; c) Construção de agendas de fortalecimento das FESP nos estados a partir da avaliação realizada d) publicação com registro da experiência (em fase de elaboração); e) apresentação da cooperação no Congresso da ABRASCO; f) Estabelecimento de cooperação entre Brasil e México para troca de experiências no uso das FESP para a gestão e para a delimitação de competências para a formação de profissionais da saúde.

Para a OPAS seus principais ganhos específicos foram: 1) o de fortalecer sua inserção na discussão das competências dos estados, definição crucial para a construção de um SUS que realize, de fato, os princípios assumidos constitucionalmente. 2) O fortalecimento de sua presença nos estados, além de maior legitimidade dessa presença. 3) Propiciou maior inter-relação entre as diferentes áreas técnicas da OPAS. 4) Participação na elaboração de aporte metodológico para a construção das agendas de fortalecimento das

FESP. 5) Relações com as contrapartes nacionais, Ministério, CONASS e academia estreitadas e fortalecidas. (OPAS, 2006)

Em linhas gerais, pode-se dizer que há uma correspondência positiva entre competência técnica e maior simetria. No entanto, quando questionados sobre o valor dessa dimensão, os entrevistados foram unânimes em assinalar o seu caráter técnico-político, conforme demonstram os trechos abaixo:

“...é importante que o diálogo entre as organizações sejam entre pessoas que tenham um conjunto de qualitativos pra fazer esse debate. Eu acho que exatamente a dificuldade desse debate é a gente não escapar pra esse tipo de ação como se fosse uma ação técnica...é uma ação técnico-política”.

“qualquer um ali (profissionais ligados à adaptação das FESP) são pessoas que têm uma competência técnico-política. O conjunto de técnicos, que lá participaram, não trataram aquilo com tecnicidade, não se trata de aperfeiçoar uma técnica pra ser colocada”.

Essa constante associação da técnica ao político decorre da própria condição de intelectual orgânico à Reforma Sanitária. Há uma rejeição à visão da técnica sem comprometimento com um projeto, no caso o SUS, sendo coerente com o entendimento de que a “saúde não é um espaço técnico, é um espaço bem político”.

No caso da adaptação das FESP à realidade do Brasil, o exercício foi o de traduzir as funções essenciais de saúde pública, dialogando com o que cada um dos envolvidos entende por competência do Estado na saúde, por “função essencial” e por “saúde pública”. Essa adequação da metodologia ao SUS somente foi possível porque houve um discurso técnico-político afinado com o SUS. Para isso, quando se foi construir a equipe que trabalharia na adaptação definiu-se um perfil que congregasse conhecimento técnico e comprometimento político com o SUS.

O caso concreto de cooperação para adaptação das FESP mostra que, mais que uma questão de se sobrepor tecnicamente, coloca-se a possibilidade de se ter o que trocar. Funcionam como elemento de troca a respeitabilidade de um organismo internacional no sentido de avalizar processos nacionais, a advocacia de temas que não estejam na pauta nacional e o conhecimento técnico. O conhecimento técnico apresenta-se como um dos elemento de troca, mas que numa relação mais horizontal coloca-se como um

elemento maleável, sendo possível e desejável que, durante o processo de cooperação, o próprio conhecimento se constitua.

Nesse sentido, vale recorrer a Jaguaribe, Hirschman que, de acordo com Faria e Costa (2006), com seus clássicos estudos e outros mais recentes que explicitam os limites e possibilidades da cooperação como ferramenta para o desenvolvimento da capacitação científica, resultando em benefícios para os partícipes dos projetos, identificando que a cooperação demanda instituições fortes nos países “receptores”, capazes, não só de formular as agendas e demandas, mas de perceber os resultados das pesquisas como o produto da interação entre os distintos atores, governo e agências internacionais.



### III.3.7- DIMENSÃO GEOPOLÍTICA

Essa dimensão não foi referida por nenhum dos entrevistados. A expectativa com essa dimensão era que ela fosse abordada pelos entrevistados em alguma das direções que já foram genericamente apresentadas no capítulo primeiro. Ou seja, a expectativa era de que essa dimensão fosse tomada, ora como fundamental para o estabelecimento de relações mais simétricas, ora tivesse sua importância relativizada por algum contra-peso. No entanto, a não abordagem desse tema pode sugerir que o mesmo encontra-se profundamente internalizado e que outras questões assumam uma maior relevância quando se tomam casos concretos para análise.

Outros estudos de casos concretos parecem mostrar uma relativa disjunção entre esses aspectos macro, como a geopolítica e a conformação concreta de um caso particular. Os estudos mais recentes a respeito do perfil de atuação da Fundação Rockefeller revelam que, em casos concretos de cooperação com essas instituições, a situação genérica dos EUA como potência, que esperava-se ver manifesto na cooperação técnica, como correia de transmissão dessa posição geopolítica dos EUA, não ocorreu, ou pelo menos, não de forma tão mecânica, imediata. Nos casos concretos analisados de cooperação com a FR outros aspectos, vinculados ao país onde a cooperação se deu, tais como, capacidade instalada de pesquisa (no caso da ciência e tecnologia), qualificação técnica, entre outros, aparecem como imediatamente relevantes para a caracterização do tipo de relação de poder que se estabelece na cooperação.

Nesse sentido, após grande provocação surge uma referência a essa questão:

Entrevistador: (vê simetria possível entre OI e países) mesmo que tenham situações geopolíticas muito diferentes?

Entrevistado: Mesmo! Simetria é simetria!

Essa breve e única referência faz pensar que no caso da saúde no Brasil a questão geopolítica não é um fator que seja valorizado, ao menos imediatamente, para a conformação de relações mais simétricas, sendo o pensamento aglutinador, a presença da intelectualidade orgânica mais fortemente vinculada à simetria.

### III. 4 – AS FESP COMO CASO DE SIMETRIA

Como se pode concluir da análise do conjunto das entrevistas e do conhecimento da territorialização das FESP entre nós, houve um processo de contínua e crescente negociação entre o OI e representantes do pensamento hegemônico na área de saúde no Brasil. É evidente que houve uma reconstrução da proposta original, que inclusive foi aplicada *pro forma* em dado momento, com vistas a torná-la adequada ao Brasil, ou para ser mais preciso, adequada ao pensamento hegemônico brasileiro na área de saúde.

É importante destacar que os atores naturalizaram a negociação entre o organismo internacional e os técnicos brasileiros, fazendo parecer que a negociação para adaptação à realidade brasileira era óbvia, o que reforça a visão de construção de um pensamento consensual presente na dissertação. Os profissionais de saúde – vistos aqui como intelectuais orgânicos – tomaram para si a responsabilidade de reconstruir a política originada no OI como se fosse a atitude natural a ser tomada, o que não é. O esperado, considerando a natureza do OI, seria aceitarem a cooperação, até porque o Brasil faz parte desse mesmo organismo. No entanto, desde o início da implementação das FESP no Brasil, verifica-se um processo de discussão e, no limite, de redefinição do que significariam para o caso brasileiro.

Pode-se afirmar, assim, que o caso estudado permite que se conclua que os atores da área de saúde brasileiros envolvidos na reconstrução das FESP estabeleceram uma relação simétrica junto ao organismo internacional. A explicação para tal atuação simétrica, como se pode inferir do conjunto da dissertação, é a constituição de um pensamento hegemônico em relação a determinados conceitos de saúde, do papel do Estado e dos profissionais na área.

#### IV – HORIZONTALIDADE: em busca de um conceito

Considerar que houve um processo mais simétrico na adequação das FESP à realidade brasileira não é o suficiente para a existência de um conceito de horizontalidade nas relação entre países e organismos internacionais. Como se viu nas entrevistas, os atores envolvidos naturalizam a simetria, mas têm dificuldades em conceituá-la. De fato, o amplo conjunto de críticas dirigidas aos processos de cooperação verticalizados não tem sido suficiente para informar a elaboração de uma conceituação de cooperação técnica horizontal ou simétrica.

A verticalidade é reconhecida como uma prática impositiva das agências internacionais aos países na definição e execução de linhas e projetos de cooperação.

A horizontalidade ou simetria, por sua vez, é um termo que vem sendo pouco esclarecedor devido ao seu uso indiscriminado. Ao mesmo tempo, tentar fixá-lo como uma simples oposição à verticalidade, como uma cooperação onde não se dá “imposição”, parece não dar conta do conteúdo que se almeja ver materializado numa relação de cooperação simétrica, reforçando a necessidade de uma conceituação de horizontalidade nas relações de cooperação técnica internacional.

Tomando-se as análises das dimensões realizadas, é possível assinalar alguns pontos importantes para uma caracterização da horizontalidade, apoiando a sua conceituação.

Partindo-se das dimensões de maior escopo, geopolítica e econômica, a importância de ambas encontra-se na conformação de um substrato mais ou menos favorável ao estabelecimento de relações simétricas. Ainda que os entrevistados não tenham explicitamente enfatizado a importância da dimensão geopolítica, as referências ao verticalismo exercido por países mais desenvolvidos, as referências aos OI multilaterais intergovernamentais como menos sujeito a “imperialismos”, em contraposição a OI como o Banco Mundial, cujo maior poder de decisão encontra-se nas mãos dos EUA, assinalam que, conforme abordado no capítulo sobre o cenário internacional, a variável geopolítica marca um campo de disputa de poder no qual a cooperação internacional está situada e pelo qual é influenciada.

Da mesma forma, a dimensão econômica situa o país numa condição mais ou menos favorável para estabelecer relações mais simétricas com o OI. Entre os entrevistados, essa dimensão tem sua importância reconhecida para a conformação de relações mais simétricas na cooperação técnica internacional.

Tanto a dimensão geopolítica quanto a econômica são importantes para a conformação do tipo de cooperação. São variáveis que interferem no *quantum* de poder do país para o estabelecimento de relações de cooperação técnica simétricas com o organismo internacional. Assim, são variáveis importantes para a conformação da horizontalidade, mas não podem, elas próprias, serem tomadas como sinônimo de horizontalidade. Não cabendo a caracterização a priori de uma cooperação como horizontal, a partir da situação geopolítica e econômica do país.

A análise da dimensão que diz respeito à natureza do organismo internacional permite evidenciar em vários momentos a flutuação do entendimento de simetria. A noção de simetria encontra-se associada, ora ao multilateralismo, em contraposição ao bilateralismo clássico, que se dá entre países com graus muito diferenciados de desenvolvimento, ora associada ao bilateralismo entre países com grau similar de desenvolvimento, em contraposição ao multilateralismo. A noção de simetria associada à “Cooperação técnica entre países em desenvolvimento”, é tomada como sinônimo de cooperação técnica horizontal, a qual passa a ser recomendada pelas Nações Unidas como forma de romper com o padrão tradicional de cooperação. Ou seja, a natureza do organismo internacional, ou mais genericamente, da agência internacional, é percebida como importante na conformação de relações simétricas e muitas vezes tomada, ela mesma, por horizontalidade, tanto na literatura da área como nas entrevistas. No entanto, a discussão dessa dimensão evidencia que ela não se confunde com simetria, mas que se coloca como um elemento a mais para a conformação de um substrato mais ou menos favorável à cooperação horizontal.

O multilateralismo e a similaridade do grau de desenvolvimento expressam uma busca de relações mais equitativas, que se dêem em maior pé de igualdade para a definição do conteúdo da cooperação, buscando responder às críticas destinadas à “imposição”, à relação assimétrica no que diz respeito ao poder de decidir o conteúdo e desenho da cooperação técnica. No entanto, conforme já discutido na dimensão

natureza do organismo internacional, ao fixar a noção de horizontalidade à personalidade jurídica dos entes, ou ainda a seus graus de desenvolvimento, desloca-se o foco da questão do poder e descarta-se a possibilidade de que a horizontalidade se dê na relação entre Estados nacionais de diferentes graus de desenvolvimento, entre Estados e OI, bem como entre esses e outras agências internacionais, tais como ONG's.

Em todas as noções de simetria que surgem na discussões dessas dimensões pode-se identificar que a questão do poder é que fica assinalada.

Entre os entrevistados a questão de poder envolvida nos processos de cooperação fica evidenciada em enunciados referentes à autonomia, soberania, capacidade de colocar seus interesses na agenda, tal como exemplificado nos trechos abaixo transcritos:

“pra mim é simétrica quando eu tenho capacidade de colocar numa determinada agenda o meu interesse.”

“as relações simétricas são as relações que se estabelecem com interlocutores com igual cota de poder, com igual capacidade de interceder o processo, com igual status.”

Assim, primeiramente vale assinalar que horizontalidade não é atributo fixo dos entes que se relacionam, seja a personalidade jurídica, ou grau de desenvolvimento. Horizontalidade diz respeito a relações de poder que se estabelecem entre os entes.

As dimensões política e a capacidade institucional permitem um deslocamento do foco de discussão, passando de um foco mais geral, associado às dimensões geopolítica, econômica e de natureza do organismo internacional, para um foco localizado setorialmente. Nessas duas dimensões, a discussão sobre a existência no Brasil de uma política setorial definida e consensuada, a qual vem sendo materializada, sob contingências concretas, em capacidade institucional, no caso, o SUS, possibilita situar as dimensões política e capacidade institucional como variáveis imediatamente importantes para a conformação de relações de cooperação mais simétricas. A discussão dessas duas dimensões permite evidenciar que características específicas do setor podem interferir nas relações de poder fortalecendo a posição do país frente a um organismo internacional, facilitando a conformação de relações de cooperação horizontais. Entre os entrevistados, essas dimensões são assinaladas como fundamentais para a simetria percebida no caso da

adaptação das FESP à realidade brasileira e em diferentes casos de cooperação internacional em saúde no Brasil.

Além do empoderamento do país frente ao organismo internacional possibilitados por essas duas dimensões, a discussão das mesmas introduz um elemento a ser levado em conta na caracterização da horizontalidade: a especificidade que uma cooperação internacional deve assimilar.

Nas discussões das dimensões política e capacidade institucional explicita-se que elementos de especificidade nacional na cooperação internacional são caracterizadores de simetria. Assim, ter uma política definida e consensuada e com uma materialidade institucional no país é importante porque confere autoridade ao país na interlocução com o organismo internacional e porque funciona como um marco para a identificação das necessidades específicas do país, ao mesmo tempo que o capacita a fazer com que essas sejam incorporadas na cooperação internacional.

A dimensão liderança apresenta-se fortemente vinculada à política, na medida que os líderes podem estar mais ou menos comprometidos com a política adotada, o que, somado às características pessoais, pode interferir na conformação de processos de cooperação horizontais. Essa dimensão permite perceber a cooperação no plano dos microprocessos, como uma lente que visualiza as motivações e características específicas de atores que operam na conformação de processos de cooperação concretos. Entre os entrevistados, essa dimensão é percebida como importante, podendo facilitar ou dificultar processos de cooperação mais identificados com as necessidades nacionais.

Assim, pode-se dizer que, além da questão do poder, uma característica com a qual está associada a noção de simetria é o acercamento às necessidades do país.

A evidenciação dessa característica assinalada na discussão das dimensões, soma-se às experiências de ruptura com o modelo tradicional de cooperação, tais como, a descentralização da cooperação técnica da OPAS, destinada à aproximar a cooperação técnica dos problemas dos países, bem como a cooperação técnica entre países em desenvolvimento que evoca, na similaridade no grau de desenvolvimento, uma semelhança de problemas enfrentados. Essas experiências reforçam a idéia de cooperação simétrica como aquela que tem pertinência nacional, que se acerca aos problemas do país, dificultando-se que a cooperação se dê num plano de grande generalidade.

Essa questão da pertinência nacional da cooperação internacional, cuja ausência é criticada no modelo tradicional de cooperação, surge nos textos da área como uma permanente tensão entre a generalidade da cooperação técnica proposta pelos organismos internacionais e a especificidade dos problemas nacionais. Entre os entrevistados a importância da pertinência da cooperação surge em vários depoimentos, tais como:

“Abandonar a prática de impor um tipo de relação para uma verdadeira cooperação, uma discussão sobre necessidades, uma resposta a demandas do governo.”

“...perceber a alteridade, no sentido de perceber o outro. De perceber o outro na sua lógica, na sua cultura, nas suas limitações e nas suas potencialidades, na sua especificidade.”

A pertinência nacional trata do reconhecimento de que a a cooperação atende aos anseios do país, trata-se de uma avaliação e de uma capacidade de fazer com que essa avaliação oriente a cooperação internacional. A pertinência nacional, por incorporar uma avaliação, envolve um juízo de valor, e como tal, varia segundo o avaliador, cabendo, portanto, assinalar que a avaliação da pertinência nacional de uma cooperação internacional deve ser uma avaliação do Estado e não do organismo internacional isoladamente.

Desta forma, a pertinência nacional da cooperação internacional coloca-se como uma das características que assinala a horizontalidade.

A discussão da dimensão técnica, além de permitir evidenciar sua importância como elemento que pode fortalecer a posição do país frente a um organismo internacional, favorecendo a horizontalidade, introduz outra noção associada à horizontalidade. Trata-se da construção conjunta do conhecimento.

Uma associação que se faz à noção de simetria é a chamada “via de mão dupla”, como oposição à cooperação tradicional que assinala a distinção clara entre doador e receptor. Com essa distinção conforma-se uma via de mão única, marcando o caráter passivo do país denominado como “receptor”.

Por oposição, a idéia de troca, de não distinção entre cliente e ofertante, de país protagonista e país demandante de cooperação são noções que estão presentes na

literatura da área, bem como nas entrevistas associadas ao termo via de mão dupla, tal como apresentado abaixo:

“Simetria é troca...o resultado é diferente do inicial dado pelos participantes.. Não é mão-única”

“A demanda é de baixo para cima. Assim é horizontal...a gente que sabe da necessidade...então a gente muda o que vem pra servir. Vai e volta. É mão-dupla.”

Com o nome de via de mão dupla busca-se elevar o país a uma condição ativa, criativa na cooperação internacional, onde se dá o reconhecimento do processo e dos resultados da cooperação como fruto da interação entre os envolvidos.

Ao se deter um pouco mais no entendimento dessa via de mão dupla, percebe-se que suas várias alusões referem-se, em última instância a uma questão de pertinência nacional. Contrapõe-se à uma prática de cooperação que toma um saber geral, universal sem que interaja, dialogue com os aspectos específicos, próprios do país, ou, ainda quando não se trate de cooperação muito genérica, esta não é percebida como importante pelo país ou que reflita os seus interesses. O assentamento da cooperação internacional no contexto e necessidades do país coloca o país como imediatamente co-autor da cooperação internacional. Assim, a cooperação que se dá com via de mão dupla diz respeito ao reconhecimento do processo e dos resultados da cooperação como fruto da interação entre os envolvidos e conforma uma característica de horizontalidade intimamente relacionada à pertinência nacional.

As iniciativas registradas de construção de arranjos de cooperação visando uma ruptura com o modelo tradicional de cooperação, a literatura da área e a análise das dimensões realizada nessa dissertação, permitem assinalar algumas questões cuja discussão apoia a caracterização da horizontalidade, conforme apresentado acima.

Na tentativa de ir um pouco além dessa caracterização, com base na compreensão de conceito como expressão, no pensamento, da forma como se apreende a realidade, numa primeira aproximação à conceituação de cooperação horizontal, pode-se dizer que horizontalidade é uma relação de equipotência, expressa numa concertação de interesses entre os entes envolvidos, imprimindo-se pertinência nacional à cooperação internacional.



## V- CONCLUSÃO

A presente dissertação propôs como objetivo geral explicar as razões da ocorrência de relações tendencialmente simétricas entre o Estado brasileiro e organismos internacionais na cooperação técnica no campo da saúde. Como objetivos específicos propôs-se a discutir a influência dos OIS na formulação das políticas públicas, a influência dos intelectuais orgânicos nos rumos da cooperação internacional e as simetrias no caso das FESP no Brasil e contribuir para a conceituação de horizontalidade.

Buscando dar conta desses objetivos, a dissertação foi desenvolvida em duas partes. A primeira, destinada a um levantamento do “estado da arte” da discussão e a segunda destinada ao estudo de caso.

A primeira parte foi dividida em cinco subpartes. A primeira apresenta uma discussão do cenário internacional, onde é ressaltado o caráter relativamente flutuante de poder entre os atores internacionais, onde há espaço para protagonismos, e introduz a compreensão da cooperação internacional como um dos campos de disputa de poder no cenário internacional. A segunda, apresenta o contexto histórico em que se dá o surgimento da cooperação internacional e que marca as características do modelo tradicional de cooperação internacional institucionalizado. Apresenta também o conceito generalizado de cooperação internacional e uma discussão sobre suas múltiplas classificações, buscando assinalar que as mesmas não levam em conta a questão de poder envolvida. A terceira subparte apresenta o contexto da saúde internacional que enseja a prática de cooperação internacional e busca situar o modelo tradicional de cooperação na cooperação internacional em saúde, cuja verticalidade é assinalada, independentemente dos diferentes atores que vêm atuando no setor e tendo sua contraposição, a horizontalidade, pouco caracterizada. Na quarta subparte, a especificidade brasileira de maior simetria nas relações de cooperação internacional em saúde é discutida assinalando-se a presença do pensamento da Reforma Sanitária e sua intelectualidade orgânica como um elemento importante para a conformação dessa simetria. Finalmente, na quinta subparte apresenta-se a metodologia adotada para o desenvolvimento da dissertação.

A segunda parte, destinada ao estudo de caso, foi dividida em quatro subpartes. A primeira subparte apresenta a história do surgimento das FESP no quadro de

oferta de idéias da OPAS e a segunda uma descrição da cooperação para adaptação das FESP à realidade brasileira, pontuando as principais alterações conceituais ocorridas durante a cooperação. A terceira subparte apresenta a visão dos atores entrevistados tomando-se sete dimensões analíticas: política, capacidade institucional, natureza do organismo internacional, econômica, liderança, técnica e geopolítica. Na análise dessas dimensões buscou-se ressaltar a influência dos organismos internacionais na conformação da política pública através da cooperação internacional e do pensamento da Reforma Sanitária, com sua intelectualidade orgânica, na definição da cooperação internacional no campo da política pública. Ainda na análise das entrevistas, buscou-se levantar elementos que apoiassem uma caracterização da horizontalidade. Na quarta subparte fez-se uma breve síntese das FESP como caso de simetria. Posteriormente passa-se a uma caracterização de horizontalidade que é apresentada como contribuição à sua conceituação e, finalmente passa-se às conclusões, agora apresentadas.

A cooperação internacional é um campo de disputa por *quanta* de poder. Nesse campo, os organismos internacionais detêm capacidade de influência na conformação das políticas públicas dos países.

Essa capacidade tem-se intensificado recentemente no setor saúde. Conforme discutido ao longo do trabalho, tomando como base estudos recentes (RIZZOTO, 2000; MATOS, 2000), essa influência desempenhada pelos OIs acentuou-se com o advento da maior ênfase na oferta de idéias, que coincide com a entrada do Banco Mundial na cooperação técnica internacional em saúde. Na disputa pelo protagonismo junto à comunidade internacional, os OIs buscam conformar consensos nessa comunidade em torno de suas teses e contam com a adesão dos países às mesmas, percebendo-se que para isso, de uma maneira geral, tem ocorrido um aprofundamento da verticalidade.

No entanto, no campo da cooperação técnica internacional, dá-se uma disputa cujo resultado não está dado *a priori*. As agências internacionais e os países, ao se defrontarem numa relação concreta de cooperação, abrem um jogo, onde se descortinam possibilidades de reconfiguração das assimetrias de poder aparentemente fixadas. No campo da cooperação técnica internacional, assim como no cenário internacional em geral, há espaços para a criação de eventos que flexibilizem as assimetrias de poder mais estruturadas.

Ou seja, os organismos internacionais buscam influenciar as políticas públicas dos países com sua “oferta de idéias” a partir da cooperação técnica; no entanto, o poder dessa influência não está plenamente fixado, podendo ser reconfigurado na relação concreta de cooperação estabelecida, onde o país, com sua singularidade, pode atuar modulando essa influência.

Nesse contexto onde, de uma maneira geral, observa-se que os OIs têm aumentado sua influência na conformação de políticas públicas nos países, imprimindo uma maior verticalidade nos processos de cooperação técnica, o Brasil é um caso diferenciado, o que reforça a idéia de que eventos, no caso, a intervenção de uma intelectualidade orgânica do campo da saúde, com alto grau de amadurecimento teórico-político, possam flexibilizar assimetrias.

Tomando-se as análises realizadas de todas as dimensões percebe-se que as mesmas podem ser reunidas em três grupos diferentes. Um primeiro grupo contendo a dimensão econômica, geopolítica e natureza do organismo internacional. Um segundo reunindo as dimensões política, capacidade institucional e técnica e um terceiro com a dimensão liderança. O primeiro grupo reúne dimensões macro, onde as assimetrias e simetrias “fogem” ao campo da saúde. Já o segundo e terceiro grupos dizem respeito à dimensões cujo escopo estão no campo da saúde, sendo a liderança uma dimensão que assinala casos concretos.

Seria ingênuo desconsiderar fatores próprios das dimensões macro que atuam no sentido de uma inserção mais simétrica do Brasil na cooperação internacional, tais como os trunfos geopolíticos do país – demográfico, econômico, territorial, ambiental etc.–, e a já mencionada orientação “horizontalizante” da política externa brasileira, orientação essa, mesmo com flexões, vigente desde o início dos anos 1960.

Ao mesmo tempo, é necessário ter em conta que os princípios e as conquistas do movimento da Reforma Sanitária tornaram-se referência obrigatória dentro do campo da saúde e inspiram o debate em outros setores, a exemplo do setor da assistência social, onde se discute a construção de um sistema único de assistência social, caso semelhante ao que ocorre na segurança pública.

A discussão empreendida, sobretudo na análise das dimensões política e capacidade institucional, salientam que a hegemonia do pensamento reformista na saúde é

um elemento fundamental para a explicação da construção da horizontalidade nas relações de cooperação internacional no Brasil. A existência de um pensamento hegemônico na saúde e sua materialização político-institucional, ainda que com problemas, atuam empoderando o país, conferindo-lhe autoridade junto aos organismos internacionais para que a cooperação seja configurada para dar respostas a esse pensamento e essa realidade institucional. Nas discussões dessas duas dimensões, mas também nas discussões da dimensão técnica e liderança, expressa-se que a existência de uma intelectualidade orgânica à Reforma Sanitária atua empoderando o país na cooperação internacional, redefinindo seus rumos.

O caso da cooperação para adaptação das FESP à realidade brasileira exemplifica a ação desse pensamento hegemônico em saúde. A proposta da OPAS, originalmente voltada ao fortalecimento da saúde pública, foi transformada para o fortalecimento da política pública de saúde brasileira. Na experiência da cooperação para a adaptação das FESP no Brasil, a sua negociação e o seu desenvolvimento ilustram um processo de concertação técnico-política, onde o país imprimiu seus interesses na cooperação internacional, redesenhando a proposta original.

Nesse caso de cooperação, a força do pensamento da Reforma Sanitária, expresso por seus intelectuais orgânicos, com os quais se confunde, funcionou, para retomar a metáfora dos tabuleiros, como um “xeque-mate” a qualquer possibilidade de verticalismo por parte do OI. Esse pensamento funcionou não só como um filtro, selecionando o que poderia passar, mas reelaborando a cooperação internacional, conferindo-lhe pertinência nacional.

A sociedade civil, especificamente a intelectualidade orgânica à Reforma, no caso da cooperação para as FESP no Brasil, atuou redefinindo os rumos da cooperação. Ainda que a materialidade institucional do SUS deixe a desejar, relativamente ao pensamento da Reforma Sanitária, do qual decorre, sua defesa na interlocução com os OI orienta e permeia a conformação da cooperação internacional, mostrando uma outra possibilidade, para além de opções extremas, tais como a mera negação da cooperação internacional ou a submissão ao organismo internacional.

Assim, a existência desse pensamento reformista hegemônico no setor, atualizado por seus intelectuais orgânicos que atuam na interlocução da cooperação com

organismos internacionais, explica a conformação de relações de cooperação horizontais, contrariando a lógica do modelo tradicional de cooperação. Essa singularidade do Brasil, reconhecida por todos os entrevistados com atuação internacional, representa uma variável que aumenta seu *quantum* de poder frente ao OI, impactando no resultado do jogo.

Esta dissertação obviamente não esgota o assunto; ao contrário, fica assinalada a necessidade de serem realizados mais estudos que analisem casos de atuação de organismos internacionais no Brasil e em outros países, os quais podem ou não evidenciar elementos que funcionam como flexibilizadores de assimetrias de poder, sobretudo no campo da política pública, onde a literatura ainda é escassa. Os estudos existentes sobre cooperação internacional circunscrevem-se ao campo das relações internacionais, e os raros estudos relativos à cooperação internacional no âmbito das políticas públicas pensam o problema a partir da política já internalizada, destinando-se a avaliações posteriores à implementação das políticas elaboradas e implementadas nas parcerias com organismos internacionais.

Ainda como sugestão a serem desenvolvidas em estudos posteriores, a partir da reflexão realizada podem-se levantar algumas questões, tais como: a) como se conformaria uma cooperação horizontal, partindo-se de uma proposta contrária à política, uma vez que essa dissertação tomou um caso no qual a proposta original do OI encontrava afinidades com a política nacional? b) há diferença na eficácia para responder às questões propostas pela cooperação, quando se compara cooperação horizontal e vertical? c) uma vez que o pensamento hegemônico em saúde explica a horizontalidade nas relações de cooperação com OI, será que somente se pode considerar a existência de política pública num país se essa incorpora um pensamento hegemônico?

Por fim, gostaria de frisar que, ante um ambiente internacional, marcado por corridas armamentistas ou quedas de braço no comércio internacional, como formas de empoderamento, pode suscitar alguma discussão o reconhecimento de que a força de um pensamento próprio, num setor social, empodera um país.

Nesse sentido, vale recorrer a Darcy Ribeiro que faz uma contraposição entre “povo novo” e “povo transplantado” e ressalta que “nenhum povo vive sem uma teoria de si mesmo” (RIBEIRO, 2000, p. 269) e um povo novo inventa suas próprias soluções. A idéia tradicional de cooperação parte do pressuposto de que a solução dos

países mais desenvolvidos vale, ou melhor, deve ser adotada por outros países. Afirmar que a solução de um povo é válida para outro equivale a dizer que se trata de um mesmo povo, ou ao menos de um povo que deveria querer se constituir no povo autor e ofertante da solução. A idéia de “povo novo” de Darcy parece retratar a ambiência conformada no campo da saúde no Brasil. A Reforma Sanitária é uma criação brasileira e é um valor para os intelectuais que a elaboraram e os que a constroem no cotidiano, onde, apesar de seus problemas, está materializada como uma política de Estado de grande envergadura.

Esse elemento de autoria que marca a Reforma Sanitária confere ao campo da saúde uma forte autoridade. Confere uma identidade ao setor que faz com que, de antemão, se pense que as soluções de nossos problemas devam ser nossas e que, portanto, toda proposta que aqui chegue deva ser recriada. Ou seja, a autoria confere autoridade para a construção de horizontalidade na relação com qualquer organismo internacional. Ainda que essa invenção nacional não esteja completamente à margem da produção científica moderna, flexneriana, ou das soluções encontradas por movimentos sociais e gestores em outros países, o discurso da Reforma Sanitária e a construção do SUS buscam se diferenciar e guardam fortes traços da postura de “povo novo” a que se referiu Darcy Ribeiro.

Na construção desse pensamento hegemônico em saúde, elabora-se um jeito de ser brasileiro. Com esta dissertação, espero ter realçado um pouco mais a força da criação que a Reforma Sanitária carrega, cujo alcance é maior do que o pensado inicialmente por seus formuladores. Que esse elogio à criação seja uma inspiração para que os diversos atores sociais interessados em dar resposta às questões de saúde do país, continuem a investir numa postura criativa no enfrentamento dos desafios postos para fazer valer essa reforma, da qual me sinto fruto e criadora.

## VI- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLEYNE, G.A.O. **Hacia una taxonomía de la cooperación técnica en salud**. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Año 71, v.112, n.1. Washington, DC, EUA. Janeiro de 1992.
- AMORIM, C. L. N. Perspectivas da cooperação internacional. In MARCOVITCH, J. **Cooperação internacional: estratégia e gestão**. Ed universidade de São Paulo. São Paulo, 1994.
- BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1993: investindo em saúde**. FGV. Rio de Janeiro, 1993.
- BANCO MUNDIAL. **Globalização, crescimento e pobreza**. Relatório de pesquisa política do Banco Mundial. São Paulo: Futura, 2003
- BOBBIO, N. **Dicionário de política**. Editora UnB; Linha gráfica editora, Brasília-DF,1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo**. Ministério da Saúde. Brasília, 2006.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Estruturação da área de recursos humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal** . CONASS Documenta ; v.1.Brasília, 2004.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. CONASS. Brasília, 2006.
- BRONFMAN, M.; DIAZ POLANCO, J. **La cooperación técnica internacional y las políticas de salud**. Ciência e Saúde Coletiva, vol 8, n. 1. Rio de Janeiro, 2003.
- CARVALHEIRO, J. R. **Os desafios para a saúde**. Estudos Avançados USP, no. 35: São Paulo: 2000.
- CASTRO, H. C. C. et al. **Pesquisa de satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS**. Universidade de Brasília: Brasília, 2006. (Mimeo).
- CASTRO SANTOS, L. A.; FARIA, L. R. **A cooperação internacional e a enfermagem de saúde pública no Rio de Janeiro e São Paulo**. Horizontes, vol. 22, nº. 2, pp. 123-150. Jul/dez. Bragança Paulista, 2004.
- CASTRO SANTOS, L. **A Fundação Rockefeller e o Estado Nacional (história e política de uma missão médica e sanitária no Brasil)**. Revista brasileira de estudos de população. v. 6 jan/jun . São Paulo, 1989.

- COSTA, M.C. (2004), "**Cooperação Internacional, Desenvolvimento e Ciência na Periferia**". *Horizontes*, vol. 22, nº 2, pp. 191-204. Jul/dez. Bragança Paulista, 2004.
- CUETO, M. **El valor de la salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud**. Washington, D.C.: OPS, 2004
- DUPAS, G. **Atores e poderes na nova ordem global: assimetrias instabilidade e imperativos de legitimação**. Ed. UNESP. São Paulo, 2005.
- ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- ESCOREL, S. As origens da reforma sanitária e do SUS. In LIMA, N.T.(org).**Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- FAUSTO, B. **História do Brasil**. São Paulo: EdUSP, 2002.
- FAUSTO, C. Fragmentos de história e cultura Tupinambá. In: CARNEIRO DA CUNHA, M. (org.). **História dos índios no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras: Secretaria Municipal de Cultura: FAPESP, 1998.
- FARIA, L; COSTA, M. C. **Cooperação científica internacional: estilos de atuação da Fundação Rockefeller e da Fundação Ford**. Dados., Rio de Janeiro, v. 49, n. 1, 2006.
- GOSOVIC, B. **Global intellectual Hegemony and the international development agenda**. Cooperation South Journal. n.2, 2001. Disponível em <[http://tedc.undp.org/coopsouth/2001\\_2/index.asp](http://tedc.undp.org/coopsouth/2001_2/index.asp)> Acesso em 13 outubro 2006
- FERREIRA, J.R; FONSECA, L.E. **Institucionalização da cooperação centrada no cidadão**. Documento apresentado à Conferência Luso-Francófona de Saúde – COLUFRAS. Canadá, 2005.
- FERREIRA J.R. **A dimensão global da saúde**. In: Seminário sobre “Saúde e relações internacionais”. FIOCRUZ/ITAMARATY. Brasília, 2006
- GEERTZ, C. O mundo em pedaços. In: **Nova luz sobre a antropologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- GODUE, C. La salud Internacional en las escuelas de salud pública en los Estados Unidos. **Salud Internacional: Un debate norte-sur**. Serie de Desarrollo de Recursos humanos n. 95. OPS, Washington, 1992.
- GODLEE, F. WHO in retreat: is it losing its influence? **British Medical Journal**, London. WC1H 9JR. 1994; 309:1491-5.



- GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**, Volume 2. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 2001.
- HARRIS, D. **From class struggle to the politics of pleasure: the effect of Gramscianism on cultural studies**. Routledge: New York, 1992.
- HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 8. ed. Rio de Janeiro, 2003
- HOCHMAN, G. **A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil**. São Paulo: Hucitec; Anpocs, 1998.
- IDISA. Instituto de Direito Sanitário Aplicado – **Análise do arcabouço jurídico do SUS**. Estudo realizado para OPAS/DAD. Brasília, 2005.
- JANÉ, E; GARCIA, A; MARTÍNEZ, J. **Qué son y como se empelan los enfoques sectoriales**. 2003. Disponível em: <<http://www.ihsd.org>> Acesso 16 de outubro 2006
- KENNEDY, P. **Ascensão e queda das grandes potências: transformação econômica e conflito militar de 1500 a 2000**. Rio de Janeiro: Campus, 1989.
- KÖNZ, P. Financiamento oficial da cooperação internacional. In: MARCOVITCH, J. **Cooperação internacional: estratégia e gestão**. Ed universidade de São Paulo. São Paulo, 1994.
- LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões. In: FINKELMAN, J (org). **Caminhos da Saúde Pública na Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.
- LIMA, N. T; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A Saúde na construção do Estado nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T. (org.) **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.
- MARCUS, G. Past, present and emergent identities: requirements for ethnographies of late twentieth-century modernity worldwide. In: LASH, S. & FRIEDMAN, J. (ed.) **Modernity and identity**. Oxford-UK/Cambridge-USA: Blackwell, 1993.
- MATTOS, R. A. **As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias**. Ciência e Saúde Coletiva, vol 6, n. 2. Rio de Janeiro, 2001.
- MATTOS, R. A. **Desenvolvendo e ofertando idéias: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial**. Tese de doutorado. UERJ/IMS. Rio de Janeiro, 2000.

- MEDEIROS, A. P. As organizações internacionais e a cooperação técnica. In: MARCOVITCH, J. **Cooperação internacional: estratégia e gestão**. Ed universidade de São Paulo. São Paulo, 1994.
- OPS/OMS. **126º Sesión del Comité Ejecutivo: funciones esenciales de salud pública**. Washington, D.C. 2000.
- MULLER, Júlio S. **O CONASS e o fortalecimento institucional das Secretarias de Estado da Saúde: As Funções Essenciais da Saúde Pública (FESP)**, Brasília, 28 de Fevereiro de 2005.
- NICARAGUA. Ministerio de Salud. **Presupuesto del año 2005**. Disponível em <[www.minsa.gob.ni](http://www.minsa.gob.ni)> Acesso em: 19 novembro 2006.
- ONU-NAÇÕES UNIDAS DO BRASIL. **História**. Disponível em: <[www.onu-brasil.org.br](http://www.onu-brasil.org.br)> Acesso em: 21 novembro 2006.
- OPAS/MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Medição do Desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública Exercidas pela Autoridade Sanitária na República Federativa do Brasil**. Documento interno. Brasília, 2002.
- OPAS. **Relatório de progresso da cooperação FESP nos estados brasileiros**. Documento interno. Brasília, 2006.
- OPS. **Salud Internacional: Un debate norte-sur**. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos n. 95. Washington, 1992.
- OPS. **La Salud Pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción**. Washington, D.C.: OPS, © 2002.
- OPS-BOLIVIA. **Informe final CCS**. Disponível em: <[www.ops.org.bo](http://www.ops.org.bo)> Acesso em 19 novembro 2006.
- PAUPÉRIO, A. M.. **Teoria Democrática do Poder: teoria democrática da soberania**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 97, 3ed, vol.2, 1997.
- PESTANA, M.V. C.; MENDES, E.V. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização Cooperativa**. Secretaria de Estado de Saúde. Belo Horizonte-MG, 2004.
- RIBEIRO, D. **O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil**. Companhia das letras. São Paulo, 2000.
- RIZZOTTO, M.L.F. **O Banco Mundial e as políticas de saúde nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Tese de doutorado. Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP. Campinas, 2000.

ROJAS-HINOJOSA, J & PAINE P. **A Cooperação Internacional em Saúde no Brasil: Documento de trabalho para o Grupo Temático de Saúde das Nações Unidas.** Brasília, 2000.

ROLIM, M. Atualidade dos direitos humanos. Disponível em URL: <http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/marcosrolim/rolim.htm>. Acesso: 19/2/2007.

SATO, E. **Conflito e cooperação nas relações internacionais:** as organizações internacionais do século XXI. Trabalho apresentado na escola de formação de governantes. Fortaleza, 2003.

SERRANO, F. Relações de poder e a política macroeconômica americana, de Bretton Woods ao padrão dólar flexível. In: FIORI, J. L. (org). **O poder americano.** Petrópolis-RJ: Vozes, 2004.

SEITENFUS, R. O Brasil e suas relações internacionais. In: SCHÜLER, F. & AXT, G. (orgs.). **Brasil contemporâneo:** crônicas de um país incógnito. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2006.

SEGIB-ÓRGÃO DE APOIO INSTITUCIONAL, TÉCNICO E ADMINISTRATIVO DA CONFERÊNCIA IBERO-AMERICANA. **Cooperação internacional.** Disponível em: < <http://www.ciberamerica.org> > Acesso em: 21 novembro 2006.

SOARES, G. F. S. A cooperação técnica internacional. In: MARCOVITCH, J. **Cooperação internacional:** estratégia e gestão. Ed. universidade de São Paulo. São Paulo, 1994.

SCHMIDT, B. V.; CASTRO, H. C. O. Globalização e políticas sociais no Brasil. In: PEIXOTO, João Paulo M. (Org.) **Reforma e modernização do Estado:** aspectos da experiência brasileira recente. UVA: Sobral, 2000.

SMOUTS, M. A cooperação internacional: da coexistência à governança mundial. In SMOUTS, M. **As novas relações internacionais- práticas e teorias.** Ed. Universidade de Brasília . Brasília, 2004.

SEITENFUS, R. O Brasil e suas relações internacionais. In: SCHÜLER, F. & AXT, G. (orgs.). **Brasil contemporâneo:** crônicas de um país incógnito. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2006.

TOURAINÉ, A. **Como sair do liberalismo?** São Paulo: EDUSC, 1999.

VERONELLI, J & TESTA, A. (orgs). **La OPS en Argentina: crónica de una relación centenaria.** Buenos Aires: OPAS, 2002.

VELHO, L. North-south collaboration and systems of innovation. UU/INTECH, Oct.2001.

- VELHO, Lea Maria Leme Strini. (1997), **Cooperação em Ciência e Tecnologia no Mercosul**. Brasília, OEA/MCT, Relatório de pesquisa. pp. 1-50.
- VIZENTINI, P.F. **Relações internacionais do Brasil: de Vargas a Lula**. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2003.
- VILLA, T; SCATENA, C. et al. Saúde internacional: alguns aspectos conceituais contemporâneos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, 2001.
- WALT, G. **Healthy policy: an introduction to process and power**. Zed Books. Londres, 1996.
- WALLERSTEIN, I. **O declínio do poder americano: os Estados Unidos em um mundo caótico**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2004.