

**Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”**

**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**

**Mestrado Acadêmico em Administração**

**Roberta Nunes Lopes**

**O governo brasileiro e a cooperação Sul-Sul  
com Moçambique no campo da saúde pública**

Rio de Janeiro

2013

**Roberta Nunes Lopes**

**O governo brasileiro e a cooperação Sul-Sul  
com Moçambique no campo da saúde pública**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Escola de Gestão e Negócios da Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO), como requisito à obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Carlos R. S. Milani

Rio de Janeiro

2013

**CATALOGAÇÃO NA FONTE/BIBLIOTECA - UNIGRANRIO**

**L864g**

Lopes, Roberta Nunes.

O governo brasileiro e a cooperação Sul-Sul com Moçambique no campo da saúde de pública / Roberta Nunes Lopes.– 2013.  
201 f. : il. ; 30 cm. + anexos

Dissertação (mestrado em Administração) – Universidade do Grande Rio Professor “José de Souza Herdy”, Escola de Ciências Sociais Aplicadas, 2013.

“Orientador: Profº. Carlos Roberto Sanchez Milani”.

Bibliografia: 165-177

1. Administração. 2. Organizações Internacionais. 3. Cooperação Internacional. 4. Desenvolvimento Local. 5. Moçambique. I. Milani, Carlos Roberto Sanchez II. Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”. III. Título.

CDD – 658

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

**ROBERTA NUNES LOPES**

### **O GOVERNO BRASILEIRO E A COOPERAÇÃO SUL-SUL COM MOÇAMBIQUE NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Escola de Gestão e Negócios da Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO), como requisito à obtenção do título de Mestre em Administração.

Aprovado em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

#### **Banca Examinadora**

\_\_\_\_\_ Camila Carneiro Dias Rigolin, UFSCAR

\_\_\_\_\_ Rejane Prévot, UNIGRANRIO

\_\_\_\_\_ Carlos R. S. Milani (orientador), UNIGRANRIO/IESP-UERJ

# DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação à minha afilhada Luisa, por quem eu acordo todo dia querendo fazer um mundo melhor.

## **AGRADECIMENTOS**

A realização deste trabalho só foi possível com o apoio de muitas pessoas.

Agradeço primeiramente a Deus por ter colocado na minha vida, na hora certa, as pessoas certas e por ter conduzido meu caminho até aqui.

A minha família, pelo apoio incondicional em todos os momentos, nas alegrias e nas dificuldades, e pelo encorajamento durante esses dois anos de curso.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Programa de Suporte à Pós-graduação de Instituições de Ensino Particulares (PROSUP), por terem me concedido a bolsa de estudos que me permitiu desenvolver esta pesquisa com tranquilidade.

A toda a equipe do Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA) da Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO), professores e funcionários, que sempre estiveram à disposição para me ajudar, facilitando meu estudo no que fosse possível.

Ao prof. Carlos Milani, meu orientador, por sua parceria, seus conselhos, críticas e incentivos, que contribuíram não só para o resultado final do meu trabalho, como também para a minha vida. Obrigada por tudo e tenha a certeza: foi uma honra ser orientada por você.

Às colegas de bolsa de estudos Simone Mello e Tássia Camila Carvalho, companheiras de todas as horas e dificuldades. Saibam que o bom humor e a parceria de vocês tornaram meu caminho mais leve.

Aos colegas de turma Davidson Pereira Freitas e Janete Romeiro, pelo apoio, amizade, companheirismo e torcida para que tudo desse certo.

Aos meus entrevistados, pelo tempo que me dedicaram e pelas preciosas informações, sem as quais não teria sido possível realizar este trabalho.

## RESUMO

Essa dissertação, desenvolvida no âmbito do mestrado em Administração da Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO), tem por objetivo discutir, através da revisão de literatura sobre *policy transfer*, as práticas de Cooperação Sul-Sul no campo da saúde pública com Moçambique. Com isso, a dissertação enfoca o papel do Brasil enquanto ator da Cooperação Sul-Sul em matéria de saúde pública em Moçambique. O trabalho foi dividido da seguinte forma: no capítulo 1, fazemos uma contextualização da Cooperação Norte-Sul, do surgimento e evolução da Cooperação Sul-Sul e de como esta se insere na agenda da política externa brasileira. No capítulo 2, analisamos o desenvolvimento das políticas públicas no Brasil após 1988, fazemos o debate teórico do *policy transfer* e estudamos as transferências de políticas públicas brasileiras no campo da saúde. No capítulo 3, apresentamos os procedimentos metodológicos para a condução da pesquisa empírica, traçamos um panorama sobre os dilemas do desenvolvimento em Moçambique, analisamos como se desenvolvem no país as modalidades de Cooperação Norte-Sul e Sul-Sul, com ênfase na cooperação oficial brasileira. Na sequência explicitamos os dez projetos de cooperação brasileira na área da saúde em Moçambique e destacamos o caso da Sociedade Moçambicana de Medicamentos. Sendo assim, concluímos que a cooperação brasileira é uma decisão e um projeto de política externa do país, tendo como uma de suas intenções a projeção do país internacionalmente, desenvolvendo a dimensão do *soft power* brasileiro, e tendo como características o fato de ser *demand-driven*, sem impor condicionalidades políticas.

Palavras-chave: Cooperação internacional para o desenvolvimento, Cooperação Sul-Sul, *Policy transfer*, Políticas públicas de saúde, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Moçambique.

## **ABSTRACT**

This dissertation, developed within the Master's Degree in Administration at the University of Grande Rio (UNIGRANRIO), is based on the literature review of policy transfer, and aims to discuss the process of internationalization of Brazilian public health policies to Mozambique, thus focusing on Brazil's role as a major actor of South-South Cooperation. The dissertation is divided as follows: in Chapter 1, we contextualize the North-South Cooperation, the emergence and evolution of South-South cooperation and how it fits into Brazilian foreign policy agendas. In Chapter 2, we analyze the development of public policies in Brazil after 1988, we debate the theoretical framework of policy transfer and the actual process of transferrings of Brazilian public health policies. In Chapter 3, we present the methodological procedures for the empirical study, showing an overview of the dilemmas of development in Mozambique, we also analyze how the North-South and South-South Cooperation present themselves in Mozambique, emphasizing the Brazilian official development and technical cooperation. Further to this, we analyze the ten public health projects being developed by Brazilian government in Mozambique, one of which gave us scope to engage in a case study on "Sociedade Moçambicana de Medicamentos". Finally, we conclude that the Brazilian technical cooperation is part and parcel of Brazil's foreign policy agenda, profiling itself as soft power for the Brazilian international projection. We also found that this Brazilian technical cooperation program is demand-driven and does not impose political conditionalities.

Key words: International cooperation for development, South-South cooperation, Policy transfer, Public health policies, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Mozambique.

## SUMÁRIO

|                                                                                                                                                               |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO.....</b>                                                                                                                                        | <b>17</b> |
| <b>1 A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO, AS<br/>RELAÇÕES NORTE-SUL, SUL-SUL E A INSERÇÃO DO BRASIL.....</b>                                    | <b>23</b> |
| 1.1 A cooperação Norte-Sul, seu surgimento, sua agenda atual e suas críticas mais<br>frequentes.....                                                          | 23        |
| 1.2 A evolução da Cooperação Sul-Sul.....                                                                                                                     | 34        |
| 1.3 A CSS nas agendas da política externa brasileira.....                                                                                                     | 42        |
| <b>2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS, A QUESTÃO DO <i>POLICY TRANSFER</i> E O<br/>PAPEL DO BRASIL NA TRANSFERÊNCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO<br/>CAMPO DA SAÚDE.....</b> | <b>52</b> |
| 2.1 A redemocratização do Estado brasileiro e o desenvolvimento das políticas públicas<br>pós-1988.....                                                       | 52        |
| 2.2 A internacionalização das políticas públicas e o debate teórico sobre o <i>policy<br/>transfer</i> .....                                                  | 59        |
| 2.3 A transferência de políticas públicas no campo da saúde: o papel do Brasil como<br>ator da Cooperação Sul-Sul.....                                        | 70        |
| <b>3 A COOPERAÇÃO OFERECIDA PELO BRASIL A MOÇAMBIQUE NO<br/>CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA DESDE 2003.....</b>                                                        | <b>85</b> |
| 3.1 Procedimentos metodológicos e matriz de análise.....                                                                                                      | 85        |
| 3.2 Os dilemas do desenvolvimento em Moçambique.....                                                                                                          | 89        |
| 3.3 A cooperação internacional para o desenvolvimento em Moçambique: Cooperação<br>Norte-Sul, Cooperação Sul-Sul e o papel do Brasil.....                     | 96        |
| 3.3.1 A Cooperação Norte-Sul em Moçambique.....                                                                                                               | 99        |
| 3.3.2 A Cooperação Sul-Sul em Moçambique.....                                                                                                                 | 101       |
| 3.3.3 A Cooperação do Brasil em Moçambique.....                                                                                                               | 107       |
| 3.4 O panorama sobre a Cooperação oficial brasileira em Moçambique no campo da<br>saúde pública.....                                                          | 115       |
| 3.5 O estudo de caso: a Sociedade Moçambicana de Medicamentos.....                                                                                            | 137       |

|                                                                                           |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 3.5.1 Do surgimento do projeto ao estudo de viabilidade técnico-econômico<br>fábrica..... | 138        |
| 3.5.2 A evolução da fábrica até os dias de hoje.....                                      | 148        |
| <b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                                                        | <b>156</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>                                                    | <b>165</b> |
| <b>APÊNDICES.....</b>                                                                     | <b>178</b> |
| Apêndice A Lista de entrevistados.....                                                    | 178        |
| Apêndice B Roteiro de entrevistas.....                                                    | 180        |
| Apêndice C Projetos consultados.....                                                      | 182        |
| <b>ANEXOS.....</b>                                                                        | <b>183</b> |
| Anexo A Mapa de Moçambique.....                                                           | 183        |
| Anexo B Filiação de Moçambique em organismos internacionais.....                          | 184        |
| Anexo C Projetos da Embrapa na África, por país.....                                      | 187        |
| Anexo D Projetos em execução pela ABC em Moçambique.....                                  | 189        |
| Anexo E Projetos em negociação pela ABC em Moçambique.....                                | 193        |
| Anexo F Esquema de produção de medicamentos sólidos.....                                  | 195        |
| Anexo G Esquema de produção de medicamentos.....                                          | 196        |
| Anexo H Planta da alternativa A da fábrica de medicamentos.....                           | 197        |
| Anexo I Fotos da fábrica.....                                                             | 198        |
| Anexo J Fotos nevirapina.....                                                             | 201        |

## LISTA DE FIGURAS

|          |                                                                                       |    |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 | Organograma ABC.....                                                                  | 49 |
| Figura 2 | Da lição de aprendizagem à transferência coercitiva.....                              | 66 |
| Figura 3 | Projetos na África e América Latina.....                                              | 80 |
| Figura 4 | Projetos nas Américas.....                                                            | 80 |
| Figura 5 | Projetos na África.....                                                               | 81 |
| Figura 6 | Recursos alocados na CTI com a África em US\$ - dez. 2010.....                        | 81 |
| Figura 7 | Recursos alocados na CTI com a América Latina e Caribe em US\$ - dez. 2010.....       | 82 |
| Figura 8 | Recursos alocados na CTI em US\$ na América Latina e Caribe / África - dez. 2010..... | 82 |

## LISTA DE TABELAS

|           |                                 |     |
|-----------|---------------------------------|-----|
| Tabela 1  | Projeto 1.....                  | 119 |
| Tabela 2  | Projeto 2.....                  | 119 |
| Tabela 3  | Projeto 3.....                  | 121 |
| Tabela 4  | Projeto 4.....                  | 123 |
| Tabela 5  | Projeto 5.....                  | 124 |
| Tabela 6  | Projeto 6.....                  | 125 |
| Tabela 7  | Projeto 7.....                  | 128 |
| Tabela 8  | Projeto 8.....                  | 131 |
| Tabela 9  | Projeto 9.....                  | 133 |
| Tabela 10 | Projeto 10.....                 | 134 |
| Tabela 11 | Potencialidades da fábrica..... | 148 |
| Tabela 12 | Projetos / valores.....         | 157 |

## LISTA DE QUADROS

|          |                                                                                         |     |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadro 1 | As sete questões do <i>policy transfer</i> .....                                        | 62  |
| Quadro 2 | O enquadramento do <i>policy transfer</i> (PT).....                                     | 63  |
| Quadro 3 | A cooperação brasileira por países ou grupos de países.....                             | 77  |
| Quadro 4 | Matriz de análise.....                                                                  | 86  |
| Quadro 5 | Projetos brasileiros na área da saúde para Moçambique por instituição<br>executora..... | 117 |
| Quadro 6 | Cronograma de produção de medicamentos.....                                             | 154 |
| Quadro 7 | Projetos/atores.....                                                                    | 157 |
| Quadro 8 | Projetos/títulos.....                                                                   | 163 |

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

|         |                                                                   |
|---------|-------------------------------------------------------------------|
| ABC     | Agência Brasileira de Cooperação                                  |
| AID     | Associação Internacional de Desenvolvimento (Grupo Banco Mundial) |
| AIDS    | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida                            |
| AISA    | Assessoria Internacional de Assuntos em Saúde                     |
| ALADI   | Associação Latino-Americana de Integração                         |
| AOD     | Ajuda Oficial ao Desenvolvimento                                  |
| BAD     | Banco Africano de Desenvolvimento                                 |
| BID     | Banco Interamericano de Desenvolvimento                           |
| BIRD    | Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento           |
| BLH     | Banco de Leite Humano                                             |
| BRICS   | Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul                      |
| BVS     | Biblioteca Virtual em Saúde                                       |
| CAD     | Comitê de Ajuda ao Desenvolvimento                                |
| CAPES   | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior       |
| CD      | Cuidados Domiciliares                                             |
| CESAM   | Centro de Saúde Alternativa Muribeca                              |
| CID     | Cooperação Internacional para o Desenvolvimento                   |
| CIT     | Comissão Intergestores Tripartite                                 |
| CNCS    | Conselho Nacional de Combate a SIDA                               |
| CNS     | Conselho Nacional de Saúde                                        |
| CNS     | Cooperação Norte-Sul                                              |
| CPLP    | Comunidade de Países de Língua Oficial Portuguesa                 |
| CPLP    | Comunidade dos Países de Língua Portuguesa                        |
| CSNU    | Conselho de Segurança das Nações Unidas                           |
| CTI     | Cooperação Técnica Internacional                                  |
| CTPD    | Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento                |
| DCOPT   | Divisão de Cooperação Técnica (Itamaraty)                         |
| DNSP    | Departamento Nacional de Saúde Pública                            |
| EMBRAPA | Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária                       |

|               |                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ENSP          | Escola Nacional de Saúde Pública                                                                                                                                                                                           |
| EUA           | Estados Unidos da América                                                                                                                                                                                                  |
| FAO           | Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação                                                                                                                                                               |
| FHC           | Fernando Henrique Cardoso                                                                                                                                                                                                  |
| FIOCRUZ       | Fundação Oswaldo Cruz                                                                                                                                                                                                      |
| FIOTEC        | Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde                                                                                                                                                          |
| FMI           | Fundo Monetário Internacional                                                                                                                                                                                              |
| FRELIMO       | Frente de Libertação de Moçambique                                                                                                                                                                                         |
| FUNAG         | Fundação Alexandre de Gusmão                                                                                                                                                                                               |
| FUNDEF        | Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério                                                                                                                                 |
| G20           | África do Sul, Alemanha, Arábia Saudita, Argentina, Austrália, Brasil, Canadá, China, Coreia do Sul, EUA, França, Índia, Indonésia, Itália, Japão, México, Reino Unido, Rússia, Turquia e países-membros da União Europeia |
| GATV          | Gabinete de Aconselhamento e Testagem Voluntária o Serviços                                                                                                                                                                |
| GT – CIS      | Grupo Temático de Cooperação Internacional em Saúde                                                                                                                                                                        |
| HD            | Hospital Dia                                                                                                                                                                                                               |
| HIV           | Vírus do Imunodeficiência Humana                                                                                                                                                                                           |
| IAN           | Instituto de Investigação Agrária                                                                                                                                                                                          |
| IBAS          | Fórum de Diálogo Índia, Brasil e África do Sul                                                                                                                                                                             |
| ICICT/FIOCRUZ | Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz                                                                                                                           |
| IFF           | Instituto Fernandes Figueira                                                                                                                                                                                               |
| IMCA          | Instituto da Mulher, Criança e Adolescente                                                                                                                                                                                 |
| INAMPS        | Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social                                                                                                                                                              |
| INCA          | Instituto Nacional do Câncer                                                                                                                                                                                               |
| INESC         | Instituto de Estudos Socioeconômicos                                                                                                                                                                                       |
| ISAGS         | Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde                                                                                                                                                                                |
| ISCTEM        | Instituto Superior de Ciências Tecnológicas de Moçambique                                                                                                                                                                  |
| JICA          | Agência de Cooperação Internacional do Japão                                                                                                                                                                               |
| MARP          | Mecanismo Africano de Revisão de Pares                                                                                                                                                                                     |

|          |                                                                            |
|----------|----------------------------------------------------------------------------|
| MASC     | Mecanismo de Apoio à Sociedade Civil                                       |
| MERCOSUL | Mercado Comum do Sul                                                       |
| MICBA    | Mecanismo de Integração e Coordenação Brasil-Argentina                     |
| MINEC    | Ministério dos Negócios Estrangeiros e Cooperação (Moçambique)             |
| MRE      | Ministério das Relações Exteriores                                         |
| NEPAD    | New Partnership for Africa's Development                                   |
| NICE     | National Institute for Health and Clinical Excellence (Reino Unido)        |
| OCDE     | Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico                  |
| ODM      | Objetivos do Milénio                                                       |
| OEA      | Organização dos Estados Americanos                                         |
| OMC      | Organização Mundial do Comércio                                            |
| OMS      | Organização Mundial da Saúde                                               |
| ONGDs    | Organizações Não Governamentais para o Desenvolvimento                     |
| ONGs     | Organizações Não Governamentais                                            |
| ONU      | Organização das Nações Unidas                                              |
| OP       | Orçamento Participativo                                                    |
| OPAS     | Organização Pan-Americana de Saúde                                         |
| OSPAAAL  | Organização de Solidariedade com os Povos da Ásia, África e América Latina |
| OTCA     | Organização do Tratado de Cooperação Amazônica                             |
| PALOP    | Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa                              |
| PARP     | Plano de Ação para Redução da Pobreza (Moçambique)                         |
| PARPA    | Plano de Ação para Redução da Pobreza Absoluta (Moçambique)                |
| PD       | Países Desenvolvidos                                                       |
| PECS     | Plano Estratégico de Cooperação em Saúde                                   |
| PED      | Países em Desenvolvimento                                                  |
| PEI      | Política Externa Independente                                              |
| PEPFAR   | Plano de Emergência Presidencial para o Alívio da AIDS                     |
| PIB      | Produto Interno Bruto                                                      |
| PNUD     | Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento                          |
| PPGA     | Programa de Pós-Graduação em Administração (Universidade do                |

|             |                                                                                |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------|
|             | Grande Rio)                                                                    |
| PRM         | Países de Renda Média                                                          |
| PROSUP      | Programa de Suporte à Pós-graduação de Instituições de Ensino Particulares     |
| PTV         | Programa de Transmissão Vertical                                               |
| RECIIS      | Revista Eletrônica de Comunicação Informação em Saúde                          |
| Rede BLH-BR | Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano                                      |
| REDESSUL    | Rede Sul-Americana de Cooperação Técnica em Saúde                              |
| RENAMO      | Resistência Nacional de Moçambique                                             |
| RSI         | Regulamento Sanitário Internacional                                            |
| SAAJ        | Amigos dos Adolescentes e Jovens                                               |
| SADC        | Comunidade de Desenvolvimento da África Austral                                |
| SAS         | Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde                           |
| SELA        | Sistema Econômico Latino-Americano                                             |
| SGT 11      | Subgrupo de Trabalho de Saúde nº 11                                            |
| SIDA        | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida                                         |
| SISCOOP     | Sistema de Acompanhamento de Projetos e Atividades de Cooperação Internacional |
| SNS         | Sistema Nacional de Saúde (Moçambique)                                         |
| SSM         | Sociedade Moçambicana de Medicamentos                                          |
| SUAS        | Sistema Único de Assistência Social                                            |
| SUBIN       | Subsecretaria de Cooperação Econômica e Técnica Internacional                  |
| SUS         | Sistema Único de Saúde                                                         |
| SVS         | Secretaria de Vigilância em Saúde                                              |
| TARV        | Terapia Antirretroviral                                                        |
| UAP         | Unidade de Administração de Projeto                                            |
| UNASUL      | União das Nações Sul-Americanas                                                |
| UNCTAD      | Conferência das Nações Unidas sobre o Comércio e Desenvolvimento               |
| UNESCO      | Organização das Nações Unidas para Educação, Ciências e Cultura                |
| UNICEF      | Fundo das Nações Unidas para a Infância                                        |
| UNIDO       | Organização das Nações Unidas pelo Desenvolvimento Industrial                  |

|            |                                                                    |
|------------|--------------------------------------------------------------------|
| UNIGRANRIO | Universidade do Grande Rio                                         |
| URSS       | União das Repúblicas Socialistas Soviéticas                        |
| USAID      | Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento<br>Internacional |

## 1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação, intitulada “O Governo brasileiro e a Cooperação Sul-Sul com Moçambique no Campo da Saúde Pública”, faz parte do projeto de pesquisa junto a Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior (CAPES) / Programa de Suporte à Pós-graduação de Instituições de Ensino Particulares (PROSUP) denominado “Globalização e organizações públicas: novos arranjos institucionais face às demandas de participação de redes de sociedade civil em foros internacionais e de política externa”, coordenado pelo professor Carlos Milani, meu orientador. No âmbito da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (CID), analisando especificamente a vertente Sul-Sul, encontramos como problema o fato de pouco se publicar sobre o papel do Brasil neste setor, apesar dele cada vez mais atuar como prestador de projetos de cooperação. Sendo assim, nosso objetivo principal ao desenhar esse projeto foi o de conhecer melhor as ações e o perfil brasileiro nessa área. E, do ponto de vista teórico, escolhemos o viés do *policy transfer* por acreditar em sua pertinência para a análise que pretendíamos conduzir, já que o setor de políticas públicas também sentiu os efeitos da globalização e muitas políticas de sucesso implementadas inicialmente no Brasil estão sendo internacionalizadas para outros países em desenvolvimento, mormente os que precisem resolver os problemas semelhantes de subdesenvolvimento.

Para a realização de nossa pesquisa, consultamos uma ampla bibliografia a respeito da cooperação internacional para o desenvolvimento, Cooperação Norte-Sul, Cooperação Sul-Sul, *policy transfer*, assim como o papel do Brasil nesse contexto. Com relação aos projetos brasileiros em desenvolvimento em Moçambique, por existirem pouquíssimas publicações a esse respeito, contamos com a colaboração de nossos entrevistados e de algumas bases de dados da Agência Brasileira de Cooperação (ABC).

O objetivo principal desta pesquisa é analisar quais são os projetos de cooperação desenvolvidos pelo Governo brasileiro em Moçambique, na área da saúde, enfocando o papel do Brasil como prestador de Cooperação Sul-Sul. E os objetivos secundários são assim definidos:

- entender se o Brasil, como prestador da Cooperação Sul-Sul, utiliza-se de condicionalidades, aspecto tão comum à Cooperação Norte-Sul;

- perceber se os projetos em implementação estão deixando um legado para Moçambique, e qual a situação atual em que se encontram: se estão em vigor ou se já foram encerrados;

- delimitar qual é a percepção, por parte dos atores moçambicanos, quanto ao perfil do Brasil como prestador de Cooperação Sul-Sul.

Partindo, então, desses objetivos da pesquisa, formulamos nossa pergunta central a pesquisar: quais são os projetos desenvolvidos pelo Governo brasileiro em Moçambique no campo da saúde pública desde 2003?

Com base no exposto acima, elaboramos uma matriz de análise — que será apresentada no início do Capítulo 3 — onde constam a questão principal, as questões secundárias (com foco na Cooperação Sul-Sul e no *policy transfer*) e as fontes utilizadas para coleta de informações. Do ponto de vista metodológico, esta é uma pesquisa de natureza qualitativa e, para tal, utilizamos três ferramentas principais para a coleta de dados: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e estudo de caso. A pesquisa bibliográfica se deu pela revisão do material encontrado sobre o tema da cooperação internacional para o desenvolvimento, através da análise de artigos, livros, periódicos, relatórios oficiais do governo, *sites*, matérias de jornal, dissertações, teses, entre outros. Na pesquisa documental, analisamos basicamente os materiais fornecidos por nossos entrevistados, com foco nos documentos oficiais (acordos firmados, documentos de projeto) que geraram cada um dos projetos que estudamos. Em relação ao estudo de caso, realizamos entrevistas semiestruturadas, cujo roteiro está no Apêndice B, no Rio de Janeiro, em Brasília e em Maputo<sup>1</sup>. A escolha dos entrevistados foi norteadora por dois objetivos principais: primeiro, buscamos entrevistados que nos permitissem formar um panorama geral sobre a situação atual de Moçambique como Estado, economia e sociedade, enfocando as áreas política, cultural, econômica, social, entre outras; depois, procuramos entrevistados que pudessem contribuir especificamente com informações sobre os projetos desenvolvidos pelo Governo brasileiro na área da saúde pública em Moçambique.

---

<sup>1</sup> As entrevistas no Rio de Janeiro e em Brasília foram realizadas pela autora da dissertação e, em Maputo, pelo prof. Carlos R. S. Milani, orientador desta dissertação, que autorizou a utilização das mesmas nesse trabalho.

Quanto ao recorte do nosso trabalho, informamos que o restringimos apenas aos projetos do Governo brasileiro com Moçambique, especificamente na área de saúde, entre o ano de 2003 até os dias atuais. A escolha desse período de tempo se justifica por cobrir as duas gestões do Governo Lula, quando, como veremos na revisão de literatura específica apresentada nos capítulos a seguir, foram adensadas as ações brasileiras no campo da Cooperação Sul-Sul.

Em relação à relevância do presente estudo, acreditamos que seja muito válido nos aprofundarmos na análise do sistema da cooperação internacional para o desenvolvimento no Brasil, já que este ainda é um tema novo, contando com raras publicações acadêmicas e pouco divulgado em nosso país. Ademais, podemos afirmar que a grande maioria da população não tem ideia do que seja a Cooperação Sul-Sul (CSS), não tendo, por isso, nenhuma opinião a respeito e, como consequência, não exercendo o seu papel de cidadão, dando apoio ou criticando as ações de cooperação do Governo brasileiro. Esse pode ser considerado um aspecto fundamental no momento em que o Brasil passa a ter atuação mais regular e densa no campo da CSS, pois o apoio e o acompanhamento crítico e informado da opinião pública podem ser muito relevantes para a construção da legitimidade dessa política pública.

Em termos oficiais, o Governo brasileiro pouco divulga suas motivações, seus projetos e seus resultados nessa área. Para termos uma ideia, apenas em dezembro de 2010 foi publicado pelo Governo brasileiro o primeiro relatório sobre os investimentos do País em cooperação para o desenvolvimento (incluindo cooperação técnica, contribuição para organismos multilaterais, bolsas de estudos e ajuda humanitária), no período de 2005 a 2009. Além disso, o documento, provavelmente, só chegou ao alcance dos especialistas e estudantes que já atuam na área, não descendo ao conhecimento da população brasileira em geral, o que comprova o fato de que este é um assunto pouco tratado nos cursos de graduação e pós-graduação, e quase ausente das grades curriculares. A nosso ver, principalmente os cursos de Administração (com foco em administração pública) e Relações Internacionais deveriam dar maior destaque ao tema. Espera-se, então, que o presente trabalho contribua para suprir lacunas, sirva de estímulo para que sejam gerados novos trabalhos, novas reflexões teóricas e, conseqüentemente, futuros avanços práticos.

Sobre as limitações do método qualitativo que adotamos em nossa pesquisa, é importante assinalar que não buscamos representatividade numérica, mas acreditamos

que, para o estudo em questão, precisávamos realmente de um aprofundamento da compreensão das relações entre os diversos atores envolvidos nos projetos, e isso só seria possível com entrevistas aprofundadas e qualitativas (semiestruturadas). Quanto à opção por fazer um estudo de caso, sabemos que, muitas vezes, ele é criticado, alegando-se que nele faltaria rigor e que geraria visões limitadas e conclusões que não podem ser consideradas como regras gerais. No entanto, devido à grande curiosidade e ao imenso interesse que tínhamos no início da pesquisa sobre o objeto do nosso estudo de caso (a construção da fábrica de medicamentos antirretrovirais em Moçambique), decidimos que, só com o estudo de caso, poderíamos conduzir com sucesso o desafio de desvendar as múltiplas facetas do projeto que foi levado a cabo pelo Governo brasileiro em parceria com a empresa Vale do Rio Doce em Maputo.

Tratando agora da organização geral do trabalho, dividimos o material, basicamente, em cinco partes: esta Introdução, os Capítulos 1, 2 e 3 e a Considerações Finais. Os capítulos foram intitulados da seguinte forma:

- Capítulo 1 - A cooperação internacional para o desenvolvimento, as relações Norte-Sul, Sul-Sul e a inserção do Brasil.
- Capítulo 2 - As políticas públicas, a questão do *policy transfer* e o papel do Brasil na transferência de políticas públicas no campo da saúde.
- Capítulo 3 - O estudo de caso sobre a cooperação oferecida pelo Brasil a Moçambique no campo da saúde pública desde 2003.

No Capítulo 1, buscamos situar o surgimento da Cooperação Norte-Sul, sua evolução até os dias atuais, seus principais atores, assim como as críticas mais comuns que ela costuma, ainda hoje, receber. Depois falamos da vertente de Cooperação Sul-Sul, do contexto do seu surgimento, de suas principais diferenças em relação à Cooperação Norte-Sul, de suas características peculiares e de sua evolução até os dias de hoje. Por fim, construímos um panorama sobre as ações e estratégias da política externa brasileira ao longo dos anos e dos presidentes, sempre fazendo interferências pontuais para mostrar como a Cooperação Sul-Sul estava inserida no contexto de cada época.

No Capítulo 2, iniciamos, comentando sobre a redemocratização do Estado brasileiro após o fim do regime militar, dando importante destaque à Constituição de 1988, que estabeleceu novas diretrizes para as políticas públicas do País. Continuamos, expondo como essas políticas foram evoluindo com o tempo e como as experiências

consideradas vitoriosas se tornam o que se denomina no sistema da CID de “boas práticas” e começaram a ser internacionalizadas para outros países. Nesse momento, iniciamos um debate teórico sobre o *policy transfer*, citando as contribuições dos principais autores e estudiosos do tema, para finalmente falarmos sobre a transferência de políticas públicas no campo da saúde pública, ressaltando a contribuição do Brasil como ator da Cooperação Sul-Sul.

No Capítulo 3, inicialmente tratamos dos procedimentos metodológicos e apresentando a nossa matriz de análise para a condução da pesquisa empírica, construída com base no conjunto de questionamentos surgidos nos Capítulos 1 e 2. A seguir, tentamos criar um panorama que nos permitisse entender os complexos dilemas encontrados por Moçambique em seu caminho para o desenvolvimento. Nesse momento, situamos a cooperação internacional para o desenvolvimento em Moçambique, falando especificamente das ações da cooperação Norte-Sul e da Sul-Sul, assim como da cooperação brasileira. A seguir, entramos especificamente no campo da saúde pública, apresentando os dez projetos que o Brasil, como ator da cooperação Sul-Sul, desenvolve em solo moçambicano, sendo eles:

1. Estudo de viabilidade técnico-econômica para a instalação de fábrica de medicamentos em Moçambique, para a produção de medicamentos antirretrovirais e outros.
2. Capacitação em produção de medicamentos antirretrovirais.
3. Apoio aos programas de saúde infantil, reprodutiva e do adolescente - Banco de Leite.
4. Apoio aos programas de saúde infantil, reprodutiva e do adolescente - Núcleo de Tele-saúde, Ensino a Distância e Bibliotecas.
5. Apoio aos programas de saúde infantil, reprodutiva e do adolescente - Atenção à saúde materna e neonatal e fortalecimento de ações de promoção da saúde do adolescente.
6. Fortalecimento institucional do órgão regulador de medicamentos de Moçambique como agente regulador do setor farmacêutico.
7. Fortalecimento das ações de prevenção e controle do câncer em Moçambique.
8. Apoio ao desenvolvimento de política nacional de saúde oral em Moçambique - Pesquisa em saúde bucal na capital Maputo.

9. Apoio ao sistema de atendimento oral de Moçambique - Capacitação de técnicos em prótese dentária

10. Fortalecimento da resposta à epidemia de HIV/SIDA de Moçambique.

E, encerrando o Capítulo 3, apresentamos o estudo de caso, onde nos aprofundamos muito mais do que na descrição dos outros nove projetos, sobre a construção da fábrica de medicamentos antirretrovirais em Moçambique, denominada Sociedade Moçambicana de Medicamentos. Iniciamos, falando como surgiu o projeto e explicitamos os principais pontos levantados pelo estudo de viabilidade técnico-econômica da fábrica, desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em parceria com o Ministério da Saúde brasileiro. Em seguida, falamos da evolução da fábrica até os dias de hoje, fazendo um contraponto entre o que foi inicialmente planejado e o que realmente aconteceu, inclusive em termos de *policy transfer*.

Finalizando nosso trabalho, apresentamos nossas conclusões, ressaltando os principais pontos que respondem a cada um dos nossos questionamentos e pressupostos, assim como enumeramos os problemas encontrados no desenrolar da pesquisa. Também nos permitimos dar algumas sugestões para futuros trabalhos, em termos de agenda de pesquisa.

## **1 A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO, AS RELAÇÕES NORTE-SUL E SUL-SUL E A INSERÇÃO DO BRASIL**

O objetivo deste capítulo é mapear o contexto em que se insere a Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (CID), desde seu surgimento, após a 2ª Guerra Mundial, até os dias atuais, mais particularmente, no campo das relações entre Países Em Desenvolvimento (PED). Para isso, serão analisadas as vertentes de Cooperação Norte-Sul (CNS), de Cooperação Sul-Sul (CSS), assim como o papel desempenhado pelo Brasil nesse universo, através da análise de suas estratégias e ações de política externa. Por fim, será analisada a composição, bem como as funções e as limitações da Agência Brasileira de Cooperação (ABC), criada em 1987, para gerenciar tanto a cooperação recebida quanto a fornecida pelo Brasil.

### **1.1 A COOPERAÇÃO NORTE-SUL, SEU SURGIMENTO, SUA AGENDA ATUAL E SUAS CRÍTICAS MAIS FREQUENTES**

Ao falar de cooperação internacional, estamos falando, basicamente, de relações entre países. No século XIX surgiram as primeiras organizações internacionais. No século XX a Liga das Nações veio adensar as relações entre os Estados. Em Genebra, em 1931, os países-membros da Liga das Nações reuniram-se para buscar uma legislação uniforme para cheques, letras de câmbio e notas promissórias, com a finalidade de facilitar o comércio internacional (MAIA, J., 2008). No entanto, não podemos negar que foi a partir do fim da Segunda Guerra Mundial, com o surgimento da ONU e a consolidação dos Estados-nação que tais relações entre países realmente cresceram, ganharam corpo, práticas e algumas regras.

Nesse contexto, surge, então, a cooperação internacional, tendo, ao fundo, uma Europa devastada, precisando ser reconstruída. Ela está estreitamente ligada à Guerra Fria, pois os países centrais do sistema internacional, sobretudo os Estados Unidos da América (EUA), usavam a ajuda prestada aos países em desenvolvimento como mais uma ferramenta de sua política externa. Os países doadores escolhiam os países

receptores e, em muitos casos, condicionavam a ajuda com base em lealdades políticas. Desde seu surgimento, a cooperação foi utilizada pelas grandes potências como um instrumento de manutenção de seus interesses para com os países latino-americanos, africanos e asiáticos. Sendo assim, a cooperação esteve, desde o início, associada ao desenvolvimento do comércio e dos interesses econômicos dos doadores.

Pode-se afirmar que a primeira vertente de ajuda internacional entre países a se institucionalizar foi a denominada Cooperação Norte-Sul (CNS). Por Norte, entende-se o conjunto dos países desenvolvidos e doadores; por Sul, qualquer país de renda baixa e média ou em desenvolvimento, situado em qualquer parte do mundo, não necessariamente no Sul geográfico. Os conceitos de Norte e Sul são, portanto, geopolíticos, e não, exclusivamente, geográficos. O Japão, após o final da 2ª Guerra Mundial, por exemplo, passou a fazer parte do Ocidente e do Norte, assim como a Austrália.

Nessa época, a cooperação era também uma estratégia de combate ao comunismo, já que os países receptores da ajuda dos doadores capitalistas se alinhavam politicamente com estes, mantendo-se também capitalistas (PUENTE, 2010). Melhor dizendo, devido à apreensão sobre o alcance que o comunismo poderia ter junto aos jovens governos do Terceiro Mundo, os EUA optaram por usar a ajuda militar e a cooperação em geral como meios fundamentais para assegurar a defesa de seus ideais políticos e interesses econômicos. Em seu discurso de posse, em 1949, Harry Truman falou da necessidade de pôr à disposição dos países subdesenvolvidos os benefícios do progresso científico e econômico, através de um programa de estímulo ao desenvolvimento baseado no conceito do “jogo limpo” democrático, em uma alusão implícita ao jogo do comunismo, considerado uma ameaça ao Ocidente. Nesse contexto, surgiu o Plano Marshall, rotulado, na teoria, como um programa de apoio ao desenvolvimento, mas que, na prática, tem o seu valor solidário questionável, já que a ajuda prestada destinava-se a reconstruir países que tinham recursos humanos e antecedentes institucionais e produtivos e que, estimulados pela ajuda, poderiam retomar o processo de acumulação capitalista, favorecendo os EUA — que usou a ajuda bilateral como via preferida para atingir seus objetivos. Também nesse período, após a Segunda Guerra Mundial, devido à descolonização, assistiu-se ao movimento de ingresso de inúmeros novos atores (os Estados emancipados) nas Nações Unidas, o que

gerou mudanças nas discussões no âmbito dessa organização, que teve de redimensionar o espaço que era dado à cooperação (HIRST e ANTONINI, 2009).

Isso significa que, ao falar de cooperação, não se pode ter a ilusão de que esse é um tema no qual a solidariedade e o altruísmo entre os povos reinam absolutos. Trata-se, sim, de uma área onde se falará também de negociação de conflitos e dissensos. Buscar entender o que seriam as motivações para a ajuda prestada de um país a outro requer uma análise bastante complexa, já que a ajuda tem causas múltiplas com interesses tanto declarados quanto encobertos. Como exemplo, podemos citar questões políticas, geoestratégicas, econômicas, comerciais, históricas e culturais, entre outras (PUENTE, 2010).

Em plena Guerra Fria, a CID teria como objetivo principal ajudar os países em desenvolvimento a crescer. E isso se daria, entre outras coisas, pela diminuição dos níveis de pobreza, pelo atendimento das carências em termos de assistência técnica e pela reforma econômica. Essa foi a ênfase retórica da CNS. No entanto, em muitos casos, a cooperação leva mais em conta os interesses da política externa do país doador, e menos as reais necessidades do país receptor. Como afirma Hirst e Antonini (2009, p. 10):

Ao mesmo tempo em que se observa a expansão da demanda de cooperação, corre-se o risco de um crescente esvaziamento de seus atributos como instrumento de transformações estruturais, que seja capaz de mobilizar trocas efetivas nas condições sociais e político-institucionais dos países receptores.

Durante a década de 1980, a Guerra Fria começou a perder força. O ambiente internacional era de grave crise econômica e havia insatisfação na população dos países socialistas. E, em 1989, a queda do muro de Berlim foi o ato simbólico que decretou o fim de décadas de um mundo bipolar, que tinha, numa ponta, o bloco capitalista, liderado pelos EUA, e em outra, o bloco socialista, encabeçado pela União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). Com o fim da bipolaridade, acreditava-se que a economia de mercado triunfaria e se iniciaria um período de estabilidade e paz, em que a cooperação internacional se fortaleceria. Nos primeiros anos pós-Guerra Fria, a agenda da política mundial necessitou de ajustes. Começou-se a perceber a diversidade das desigualdades dos processos de desenvolvimento do Sul. Surgiram muitos conflitos internos armados, que eram devastadores para a população civil, assim

como violações dos direitos humanos, que obrigaram a que se reavaliasse a vinculação entre paz, desenvolvimento e direitos humanos. A paz não equivalia a uma mera ausência da guerra — seria preciso ir mais fundo e eliminar, na raiz, as causas que dariam origem à guerra, dentre as quais, a injustiça, a exclusão política e a marginalidade socioeconômica (HIRST e ANTONINI, 2009).

Segundo Caruncho (2005), as características específicas da cooperação são cinco: (a) assim como o sistema de relações internacionais, ela se centraliza no Estado Nacional; (b) o sistema de cooperação de cada país, por sua característica e objetivos específicos, goza de certa autonomia relativa à política exterior de cada Estado; (c) os objetivos do sistema de cooperação são mistos: promoção do desenvolvimento e do próprio interesse do doador; (d) a decisão acerca da quantia da ajuda e seu destino geográfico e setorial, ainda que derivada de um compromisso moral contraído nas Nações Unidas, e é livre para cada Estado; (e) pela existência de objetivos mistos e pela liberdade dos doadores, a cooperação tem mostrado uma eficácia limitada na promoção do desenvolvimento.

Já, segundo Afonso (2005), a cooperação pode ser classificada de quatro formas: a primeira classifica quanto à sua origem, podendo ser oficial (com recursos do governo) ou privada (com recursos de empresas, associações, ONGs e indivíduos); a segunda diz respeito aos canais de execução, podendo ser bilateral, multilateral, triangular, descentralizada e por meio de Organizações Não Governamentais de Desenvolvimento (ONGDs); a terceira nomeia a cooperação pelo nível de desenvolvimento dos países envolvidos; a quarta classifica quanto aos instrumentos, podendo ser cooperação financeira, cooperação técnica, assistência humanitária e ajuda alimentar.

A cooperação financeira costuma reunir a maior parte de recursos da CID, sendo formada por subvenções, projetos a fundo perdido ou doações e créditos concessionais. Já a cooperação técnica, chamada de assistência técnica no âmbito do Conselho Nacional de Saúde (CNS), surgiu como instrumento para ajudar os PED a melhorar seus baixos níveis de conhecimento, domínio de técnicas e capacidade de gestão. A ajuda humanitária é uma área crescente cujo objetivo é preservar a vida e remediar catástrofes, seguindo uma lógica muito mais de curto prazo. Por fim, a ajuda alimentar consiste na transferência de alimentos, bens para produzir alimentos ou créditos para comprar alimentos (Ibidem).

É importante ressaltar que, no fim dos anos 1960, tanto a cooperação bilateral quanto a multilateral começaram a ser questionadas, principalmente em relação à capacidade de absorção da ajuda fornecida pelos destinatários, ou seja, passou a ser colocado em xeque se as ações de “*foreign aid*” realmente traziam benefícios reais aos seus beneficiários (governos e sociedade) e se estes tinham capacidade de implementação de tantos projetos e programas. Há que se lembrar, que neste momento muitos dos países em desenvolvimento, recentemente emancipados, encontravam-se em processo de construção de suas administrações públicas, com pouca experiência em gestão. Ante esse desgaste, também chamado de “fadiga da ajuda”, o Banco Mundial começou a rever as políticas de combate à pobreza e, em 1969, lançou o informe denominado *Partners in Development*, onde reconhecia que, dadas as inúmeras realidades nacionais, o desenvolvimento não podia ser uniforme para todos os países. Entendia, porém, que alguns compromissos deveriam ser aplicados a todos, como o progresso social, a redistribuição da riqueza, a administração eficiente, a estabilidade política e a participação democrática. O informe recomendava que as quantias oficiais de assistência dos países doadores somassem 1% do seu Produto Interno Bruto (PIB), ou seja, 0,7% de assistência oficial e o restante de fluxos privados de assistência (HIRST e ANTONINI, 2009).

Em 1989, o Consenso de Washington passou a ditar uma série de medidas, concebidas por economistas do Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial e Departamento de Tesouro dos Estados Unidos, compostas por dez regras básicas, com o intuito de fazer um ajuste macroeconômico nos PED que se encontravam em crise financeira<sup>2</sup>. Esse ajuste envolvia uma série de medidas de austeridade fiscal que se sujeitavam à concessão de créditos e ao pagamento da dívida externa, que buscava disciplinar os países do Sul, o que, por fim, acabou prejudicando muito os recursos que eles tinham disponíveis. Por outro lado, o compromisso dos países doadores de elevar a ajuda internacional a 0,7% do PIB ficou apenas na promessa, sendo cumprido apenas parcialmente por alguns países do Norte, a exemplo da Suécia, Noruega, Holanda e Dinamarca. Na década de 1990, a discussão sobre o desenvolvimento aparece acompanhada por uma ampla mobilização de setores da sociedade civil e da opinião

---

<sup>2</sup> As medidas preconizadas eram: disciplina fiscal; redução dos gastos públicos; reforma tributária; juros de mercado; câmbio de mercado; abertura comercial; investimento estrangeiro direto (com eliminação de restrições); privatização das estatais; desregulamentação (afrouxamento das leis econômicas e trabalhistas) e direito à propriedade intelectual.

pública internacional. Dentre as diversas conferências mundiais organizadas, destacam-se as seguintes: em 1990, em Nova Iorque – sobre a infância; em 1992, no Rio de Janeiro – sobre o meio ambiente; em 1993, em Viena – sobre direitos humanos; em 1994, no Cairo – sobre população; em 1995, em Copenhague – sobre questões sociais; em 1995, em Pequim – sobre igualdade de gênero; em 1996, em Istambul – sobre desenvolvimento urbano; e em 2002, em Roma – sobre segurança alimentar (HIRST e ANTONINI, 2009).

Nesse contexto, em 2000, a comunidade internacional se comprometeu com a erradicação da extrema pobreza; para isso, definiu os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que se constituem no resultado de um processo de síntese das cúpulas internacionais realizadas nos anos 90 e na busca para melhorar a eficiência da cooperação. Em complemento, ressaltamos o depoimento de Marie Pierre Poirier, então Coordenadora-Residente Interina do Sistema das Nações Unidas no Brasil:

Quando em 2000 (...) estimava-se que atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) significaria que, até 2015, mais de 500 milhões de pessoas saíam da extrema pobreza, mais de 300 milhões não passariam mais fome e 30 milhões de crianças deixariam de morrer antes de completar cinco anos. (IPEA, 2010, p. 10)

Esses objetivos do milênio são oito, a saber: ODM 1 - erradicar a extrema pobreza e a fome; ODM 2 - universalizar a educação primária; ODM 3 - promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; ODM 4 - reduzir a mortalidade da infância; ODM 5 - melhorar a saúde materna; ODM 6 - combater o HIV / AIDS, a malária e outras doenças; ODM 7 - garantir a sustentabilidade ambiental; ODM 8 - estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento (IPEA b, 2010). Consideramos, então, importante ressaltar que o oitavo ODM, que trata especificamente da necessidade fundamental de uma união mundial em prol do desenvolvimento, desdobra-se em sete metas, que, na ordem do documento, recebem a numeração de 12 a 18. A Meta 12 fala em avançar no desenvolvimento de um sistema comercial e financeiro aberto, baseado em regras previsíveis e sem discriminação. A Meta 13 fala em atender às necessidades dos países menos desenvolvidos, incluindo um regime isento de direitos e não sujeito a cotas para as exportações dos países menos desenvolvidos, além de um programa reforçado de redução da dívida dos países muito endividados. A Meta 14 fala em atender às necessidades especiais dos países sem acesso

ao mar e dos pequenos estados insulares em desenvolvimento. A Meta 15 fala em tratar globalmente o problema da dívida dos PED, mediante medidas nacionais e internacionais, de modo a tornar a sua dívida sustentável. A Meta 16 fala em cooperação com os PED, formular e executar estratégias que permitam aos jovens obter um trabalho digno e produtivo. A Meta 17 fala em cooperação com as empresas farmacêuticas, proporcionar o acesso a medicamentos essenciais a preços acessíveis, nos países em vias de desenvolvimento. Por fim, a Meta 18 fala em cooperação com o setor privado, tornar acessíveis os benefícios das novas tecnologias, em especial das tecnologias de informação e de comunicações (IPEA b, 2010).

Atualmente, já passados mais de dez anos do seu surgimento, os ODM têm sofrido críticas de todos os setores da sociedade, ricos ou pobres. Alguns críticos argumentam que os ODM não são universais, sendo, sim, um reflexo das expectativas do Norte, direcionadas ao Sul. E que eles não afetam os interesses do Norte, salvo por seu aporte em assistência oficial, em muitos casos, condicionada ao reingresso das quantias prestadas e, como nos EUA, a seus próprios interesses estratégicos. Apesar de considerar que os ODM têm muitas fragilidades, ainda assim, alguns críticos admitem que eles também trazem pontos positivos e que poderiam ser usados como um catalisador para realinhar as políticas globais de desenvolvimento (HIRST, M, ANTONINI, B., 2009). Segundo dados do SELA, 2011, os países signatários desta declaração não estão destinando para o cumprimento dos ODMs nem a metade do valor estipulado nos anos 70, que é de 0,7% do PIB.

Em 2002, o Consenso de Monterrey concluiu que o montante de capital destinado à assistência oficial ao desenvolvimento<sup>3</sup> estava muito abaixo do necessário para cumprir os ODM e, para isso, os Estados-membros da ONU constituíram um grupo para analisar a eficácia da ajuda e sua ampliação. Em março de 2005, em Paris, houve uma reunião no seio da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento

---

<sup>3</sup> A expressão “desenvolvimento” pode ser conceituada sob diversos enfoques, inexistindo consenso na literatura sobre o que de fato significa desenvolver uma sociedade ou uma nação: desenvolvimento social (que diz respeito a evolução da sociedade conciliando recursos humanos e financeiros), desenvolvimento econômico (que diz respeito ao crescimento da sociedade pelos recursos que ela tenha ou gere) e desenvolvimento humano (que diz respeito as oportunidades e capacidades que uma sociedade oferece aos seus cidadãos).

Fonte:

[http://www.pnud.org.br/IDH/DesenvolvimentoHumano.aspx?indiceAccordion=0&li=li\\_DH](http://www.pnud.org.br/IDH/DesenvolvimentoHumano.aspx?indiceAccordion=0&li=li_DH), acessado em 29/12/12.

Econômicos (OCDE) cuja declaração final propôs uma série de regras entre doadores e receptores para acordos destinados a reformar e melhor gerir a cooperação internacional (HIRST e ANTONINI, 2009). Podemos considerar essa Declaração de Paris, que reuniu tanto países desenvolvidos (PD), quanto PED, como o marco mais importante de transformação por uma cooperação mais eficiente. Nela, foram instituídos cinco princípios: apropriação, alinhamento, harmonização, gestão por resultados e responsabilidade mútua. Esta declaração impactou a CSS, causando um racha e dividindo os países entre os que concordavam com esses princípios e os que preferiam outros modelos (COLACRAI, 2009). O Brasil não é signatário da mesma por considerar que a ênfase deveria ser dada à eficácia do desenvolvimento, e não apenas à eficácia da ajuda internacional.

Em setembro de 2008, em Acra<sup>4</sup>, ocorreu uma nova reunião denominada “Agenda para Ação”, onde os acordos propuseram uma grande mudança nas políticas de CID dos países do Norte e a incorporação dos receptores da ajuda, como parceiros do processo (HIRST e ANTONINI, 2009). Em Acra, vários PED, inclusive o Brasil, enfatizaram a contribuição que CSS traria ao campo do desenvolvimento, aspecto esse que figurou no texto final da declaração.

Já em dezembro de 2008, na Conferência de Doha, foram bastante pessimistas as previsões para o futuro da CID, devido a fatores adversos, tais como: a insegurança alimentar, a grande variação dos preços das *commodities* e dos recursos energéticos, a crise financeira global e a quebra de confiança no sistema econômico global. Nessa conferência, os países não renunciaram ao compromisso da meta de contribuição de 0,7% do PIB para 2015. A declaração final deixou em aberto uma série de consultas que devem gerar novas reuniões.

---

<sup>4</sup> A Declaração de Acra, em 2008, propõe três principais áreas de melhoria: maior participação dos países na formulação de políticas de desenvolvimento; parcerias inclusivas, em que doadores e receptores participem plenamente e obtenham resultados, e obtenção de resultados, onde o auxílio será focado no impacto real e mensurável do desenvolvimento. Fonte: [http://www.oecd.org/document/18/0,3746,en\\_2649\\_3236398\\_35401554\\_1\\_1\\_1\\_1.00.html](http://www.oecd.org/document/18/0,3746,en_2649_3236398_35401554_1_1_1_1.00.html), acessado em 03/06/12.

Mediante as críticas a CID, o Comitê de Ajuda ao Desenvolvimento (CAD)<sup>5</sup>, que opera no seio da OCDE, tem redobrado seus esforços para unificar a assistência internacional (HIRST e ANTONINI, 2009). Acredita-se que o CAD sofra atualmente uma profunda crise, causada pelos seguintes fatores: problemas constitutivos, já que não é uma organização internacional (com a presença potencial de todos os Estados soberanos); proliferação de novos atores públicos e privados; e a dissolução da hierarquia Norte-Sul nas relações internacionais (DOMINGUEZ, 2011).

Esse debate sobre a efetividade da ajuda, ou melhor, do desenvolvimento só passou a ser mais consensual a partir de 2011, com a Declaração de Busan, assinada no 4º Fórum de Alto Nível sobre a Eficácia da Ajuda, realizado em Busan, na Coreia do Sul, que tenta coordenar a ação dos antigos e novos atores do campo da cooperação (doadores tradicionais, emergentes, organizações da sociedade civil, setor privado e sindicatos). A declaração tem cinco princípios que visam estimular: (1) o diálogo inclusivo para a construção de um ambiente político propício para o desenvolvimento sustentável; (2) as ações coletivas; (3) o desenvolvimento sustentável em si próprio; (4) a transparência e (5) a responsabilização por resultados. Seu avanço principal em relação a declarações anteriores (Paris e Accra) foi no sentido de deslocar a exigência de efetividade da “ajuda” para o “desenvolvimento” (explicitando a diversidade de visões sobre os modelos de desenvolvimento) e de reconhecer o lugar político da CSS no debate sobre efetividade, embora tenha afirmado que os países emergentes, “novos doadores”, não estariam obrigados aos mesmos critérios (transparência, normas sobre direitos humanos, sistematização etc.) aplicados aos doadores do CAD da OCDE.

Atualmente, podemos afirmar que a CID apoia-se em três pilares: o primeiro é formado pelos doadores governamentais; o segundo, pelos organismos multilaterais; o terceiro, pelos atores não governamentais (HIRST e ANTONINI, 2009). Não se pode

---

<sup>5</sup> O Comitê da Ajuda ao Desenvolvimento (CAD) é um órgão da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) que, através de parcerias inclusivas para o desenvolvimento, procura garantir uma melhor qualidade de vida para as pessoas no mundo em desenvolvimento, por meio de financiamento para o desenvolvimento. Dentre os países-membros, citam-se os Estados Unidos da América, França, Alemanha, Japão, Reino Unido e outros.

Fonte: [http://www.oecd.org/departament/0,2688,en\\_2649\\_33721\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/departament/0,2688,en_2649_33721_1_1_1_1_1,00.html), acessado em 03/06/2012.

deixar de ressaltar a crescente mobilização desses atores não governamentais, também chamados de Terceiro Setor. É inquestionável o papel desempenhado pelas Organizações Não Governamentais (ONGs), a mobilização popular que promovem, assim como as importantes contribuições do setor empresarial, condizentes com o discurso de responsabilidade social que as grandes empresas atualmente endossam. Segundo Kharas (2010), acredita-se, então, que o setor privado seja um novo jogador da ajuda ao desenvolvimento, trazendo consigo novas ideias, tecnologias, práticas de gestão e modelos de negócio. Já, de acordo com Dominguez (2011), claro que também são porta-vozes de visões bastante distintas sobre o desenvolvimento, por vezes não convergentes com os interesses públicos ou com as necessidades de países menos desenvolvidos. Falando ainda desses doadores privados e juntando a eles o grupo dos doadores emergentes, acredita-se que suas atuações no universo da ajuda estão fazendo perder a importância relativa da cooperação fornecida pelos países doadores do CAD que, entre 2006 e 2008, caiu de 79% para 73% do total da ajuda internacional; por sua vez, os doadores privados, grandes fundações e ONGs, contribuíram em 2008 com 15% do total da ajuda.

Quanto à agenda atual da CID, é inquestionável que os atentados de 11 de setembro de 2001 e a declarada guerra ao terrorismo marcaram significativamente as prioridades e as estratégias adotadas, colocando os problemas de segurança no centro. A partir de então, há uma tendência à “securitização” da cooperação, o que significa que a segurança dos Estados doadores passou a ser priorizada, particularmente na luta contra o terrorismo (COLACRAI, 2009).

Na opinião dos principais países doadores e das agências multilaterais, a ajuda era ineficiente por três motivos, todos atribuídos aos PED: ausência de compromissos dos países beneficiários em tornar a ajuda efetiva, desvios da ajuda para outros fins e corrupção (PUENTE, C., 2010). É pelo menos curioso perceber a ausência de menção à responsabilidade dos países-doadores, bem como às relações entre a CID e os paradoxos gerados pelo sistema interestatal capitalista. Segundo Kharas (2010), a Ajuda Oficial ao Desenvolvimento (AOD) deve focar em novas e mais produtivas formas de incentivar e organizar seus parceiros públicos e privados, lucrativos e não lucrativos. Para isso, propõe quatro estratégias: um novo multilateralismo, um sistema de ajuda mais transparente, uma estratégia diferenciada de recursos adequados para cada país destinatário e uma visão de mais longo prazo para a ajuda. Em termos cronológicos,

estima-se que essa reforma deve se dar em três etapas principais: (a) melhorar a qualidade da ajuda; (b) ligar a ajuda a outras políticas de desenvolvimento, como comércio, investimentos e migração e (c) utilizar a ajuda para impulsionar o setor privado.

Acredita-se que o crescimento global da AOD terá de acelerar muito se seus doadores quiserem cumprir seus compromissos e alcançar os ODM, incluindo a duplicação da ajuda à África subsaariana até 2010 (IDA, 2007). Outro ponto que gera questionamentos no campo da cooperação é o fato de se usar a renda *per capita* como indicador do desenvolvimento, já que esse é apenas um critério econômico de medida (COLACRAI, 2009).

Kharas (2010) faz outras três importantes considerações: a primeira diz respeito à falta de uma liderança, em nível internacional, para o tema da ajuda ao desenvolvimento; a segunda fala da ausência de uma estratégia clara de comunicação para ajudar os cidadãos a compreender os mecanismos e a necessidade da ajuda que, para ser realizada, percorre um caminho longo e complexo, passando por muitos doadores e beneficiários; por fim, ele considera que talvez o G20<sup>6</sup>, com sua representação tanto nos PD quanto nos PED, consiga focar no crescimento econômico global de forma mais efetiva. É claro que o foco no setor privado e no G20 tem de ser problematizado, principalmente em função dos riscos que as normas e regras do multilateralismo podem representar para as instituições.

Falando especificamente do papel dos EUA como doador, Brainard (2007) argumenta que o processo da ajuda norte-americano carece de transformações fundamentais nas áreas organizacionais e operacionais, citando alguns princípios fundamentais: (a) as missões têm que ser claramente definidas e o número de jogadores, racionalizado; (b) política e operações precisam ser alinhadas e os orçamentos, reestruturados; (c) o governo norte-americano deve falar com uma voz unificada para ser eficaz em nível internacional; (d) é necessário usar o *soft power*<sup>7</sup>; (e) os EUA

---

<sup>6</sup> Grupo formado pelos ministros de finanças e chefes dos bancos centrais das 19 maiores economias do mundo mais a União Europeia. São membros do grupo: África do Sul, Argentina, Brasil, México, Canadá, Estados Unidos, China, Japão, Coreia do Sul, Índia, Indonésia, Arábia Saudita, Turquia, União Europeia, França, Alemanha, Itália, Rússia, Reino Unido e Austrália.

<sup>7</sup> Segundo Joseph Nye, *soft power* é um tipo de poder baseado em características intangíveis e influências indiretas como cultura, cooperação científica, valores e ideologias. Distingue-se do *hard power*, que é a habilidade de uma nação ditar regras usando meios econômicos e militares.

devem investir em competências de assistência externa, incluindo infraestrutura; (f) é importante investir em conhecimento relevante para cada missão e expandir o uso de avaliações de impacto; (g) os EUA devem entender o desenvolvimento como uma missão independente ao lado da defesa e da diplomacia.

Faz-se necessário falar também do conceito da “arquitetura da ajuda”, presente no relatório da *International Development Association (IDA)* - Grupo Banco Mundial, de fevereiro de 2007, que pode ser resumido como o conjunto de regras e instituições que regem os fluxos de ajuda aos PED. O relatório afirma que não há uma arquitetura única, nem planos predefinidos para o desenvolvimento. Acredita-se que, em termos gerais, existam duas “Arquiteturas da Ajuda”: a “Arquitetura da Guerra Fria”, que durou até a queda do Muro de Berlim, em 1989, e a “Arquitetura da Ajuda Pós-Guerra”, que começou em 1990 e prevalece até hoje (IDA, 2007). Junto com a nova “arquitetura da ajuda”, surge o debate sobre a necessidade de instaurar algum mecanismo de governança global. Questiona-se o fato de os países do Sul serem maioria em qualquer fórum mundial e, no entanto, no âmbito do CAD/OCDE e das instituições financeiras multilaterais, o poder de voto apenas beneficie os PD. Essa governança global implicaria novas formas de cooperação, em que os países do Sul poderiam contribuir bastante (AYLLÓN, 2009). Esse seria o fundamento político da chamada Cooperação Sul-Sul (CSS), que será analisada no item a seguir.

## 1.2 A EVOLUÇÃO DA COOPERAÇÃO SUL-SUL

No universo da cooperação internacional, coexistem algumas vertentes, destacando-se claramente duas: a pioneira Cooperação Norte-Sul (CNS), já explicitada no item anterior; e a mais recente Cooperação Sul-Sul (CSS), que conceituaremos, de forma própria e preliminar, como uma ação de ajuda que ocorre entre dois PED — um atuando como doador e outro, como receptor, de forma mais horizontal e sem imposição

de condicionalidades. Historicamente, seria relevante lembrar a existência da Cooperação Leste-Sul (CLS), entre países do socialismo real, URSS, ou comunistas, China e Cuba, e PED. Pouco se conhece acerca dessa realidade, menos pesquisada e também menos transparente em dados e arquivos. O que se pode lembrar são alguns exemplos, como o da cooperação da ex-URSS com o Egito ou com a Índia e a cooperação de Cuba com os países africanos.

Existem, então, nesse campo, alguns conceitos similares, quase sinônimos, com diferenças muitas vezes sutis, mas que, na realidade, remetem-nos, praticamente, ao mesmo tipo de cooperação; são eles: cooperação técnica, cooperação horizontal, cooperação técnica horizontal, Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD) e CSS. Para fins deste trabalho, adotaremos o termo CSS por considerá-lo o mais completo, englobando todos os outros, além de ser o mais utilizado tradicionalmente na cooperação brasileira.

No que diz respeito à CSS, Lechini (2009) a define como uma ação essencialmente política, que ocorre de forma bilateral ou multilateral, com o intuito dos países conseguirem maior poder ao agirem em conjunto. Essa ideia se baseia no preceito de que é possível criar uma cooperação que ajude os países do Sul a resolver os seus problemas em comum, através de negociações conjuntas com o Norte e, com isso, alcançarem um papel de maior destaque no mundo das relações internacionais.

Uma segunda definição importante de CSS vem do Informe Ibero-Americano de CSS de 2008, a qual se baseia mais nas dimensões técnicas e econômicas, falando em resultados mais imediatos. Diz que a CSS se refere a qualquer processo em que os PED adquirem habilidades através de trocas individuais e coletivas nas áreas de conhecimentos, habilidades, recursos e *know-how* tecnológico (GARCIA, 2009). Já a CSS brasileira define-se como fundamentada na solidariedade, em que o país disponibiliza a outros PED experiências para promover o progresso da economia e da sociedade receptora dessa ajuda (INESC, 2012).

Um ponto importante a ser destacado é que a CSS, ao menos na retórica diplomática, tenta evitar a reprodução de lógicas assimétricas da CNS, como, por exemplo, a imposição de condicionalidades. E, ainda segundo Colacrai (2009), pode-se afirmar que os PED se utilizam da CSS para compartilhar políticas e práticas de sucesso, *best practices*, em seus países com seus pares, mas para isso necessitam conhecer uns aos outros e selecionar prioridades e estratégias que realmente colaborem

para um desenvolvimento sustentável<sup>8</sup>. Considera-se que, em um nível conceitual e teórico, as intenções da CSS não passam, como as da CNS, por interesses de acumulação econômica e aspirações de poder um país sobre o outro. Desde o seu início, a CSS segue um viés mais altruísta e horizontal, buscando a solidariedade entre os países e a cooperação (COLACRAI, 2009).

No entanto, devemos também ressaltar que a CSS pode ser muitas vezes encarada como um instrumento de política externa do país prestador de cooperação, característica essa que será mais detalhadamente explorada no item 1.3 deste capítulo. Ou seja, a CSS também pode ser pensada e analisada à luz das agendas e dos interesses dos atores da política externa de cada país considerado um doador-emergente (a exemplo do Brasil, Índia ou África do Sul). A CSS faz críticas à CNS por ela, muitas vezes, elaborar sua ajuda com base na opinião dos seus técnicos, sem, muitas vezes, conhecer as reais necessidades do país receptor, cuja população será afetada pela ajuda, algumas vezes até de forma negativa (HIRST, 2009).

Segundo Leite (2011), os PED identificaram objetivos e problemas em comum e se articularam, através da CSS, para melhor resolvê-los, partindo do princípio de que, isoladamente, não obteriam os mesmos resultados se agissem em grupo. A autora não entende a CSS como um fenômeno que surgiu para substituir a já desgastada CNS. Afirmar que, em sua opinião, ambos coexistem no mundo das relações internacionais, cada um com suas características e mecanismos próprios. Voltaremos, então, um pouco na história, para buscar as raízes da CSS.

Até os anos 1950, as conquistas no plano do desenvolvimento econômico para os países do Sul foram pouco significativas. Muitos países ainda eram colônias e poucos haviam dado início a seus modelos nacionais de industrialização e desenvolvimento. Argentina, Brasil e México faziam parte dessa lista, com seus respectivos modelos nacional-desenvolvimentistas. Porém, em 1955, temos que citar a Conferência de Bandung, que teve como objetivo unir os países do Terceiro Mundo para tratar do tema da Cooperação (e fazer propostas de melhorias), assim como preservar a paz mundial.

---

<sup>8</sup> Considera-se desenvolvimento sustentável o desenvolvimento capaz de suprir as necessidades da geração atual, sem comprometer a capacidade de atender as necessidades das gerações futuras, pois não esgota os recursos.

Fonte:

[http://www.wwf.org.br/natureza\\_brasileira/questoes\\_ambientais/desenvolvimento\\_sustentavel/](http://www.wwf.org.br/natureza_brasileira/questoes_ambientais/desenvolvimento_sustentavel/), acessado em 29/12/12.

Uma das consequências dessa conferência foi o estabelecimento do Fundo Especial de Desenvolvimento Econômico. Essa conferência acordou dez princípios: (1) respeito aos direitos humanos fundamentais e aos princípios da Carta das Nações Unidas; (2) respeito à soberania e à integridade territorial de todas as nações; (3) reconhecimento da igualdade de todas as raças e de todas as nações; (4) abstenção da intervenção nos assuntos internos de outro país; (5) respeito ao direito de cada nação de se defender individual ou coletivamente; (6) abstenção do uso de arranjos de defesa coletiva destinados a servir a interesses particulares de quaisquer grandes potências e abstenção por parte de qualquer país de exercer pressões sobre os demais países; (7) abstenção de atos ou ameaças de agressão ou uso da força contra a integridade territorial ou independência política de qualquer país; (8) resolução de todas as disputas internacionais por meios pacíficos, como a negociação, conciliação, arbitramento ou decisão judicial, assim como outros meios pacíficos escolhidos pelas partes; (9) promoção de interesses mútuos e da cooperação e (10) respeito à justiça e às obrigações internacionais. Enfim, pela primeira vez, formava-se uma identidade dos povos do Sul (LEITE, 2011).

Nos anos 1960, como já mencionado no item 1.1, começam a surgir questionamentos, levantados, muitas vezes, pelos PED, quanto à eficácia da cooperação, tanto da bilateral, como da multilateral. Com isso começaram a repensar as políticas e estratégias da cooperação e, principalmente, questionar a “capacidade de absorção” dos países receptores da ajuda (HISRT e ANTONINI, 2009). Paralelamente aos protestos contra a CNS, ocorreu também maior interação entre os países do Sul, com consequências dentro da Assembleia da Organização das Nações Unidas (ONU), que passou a designar os anos 1960 como a “Década do Desenvolvimento”.

As críticas e propostas surgiam não só do Sul como também de diversas partes do mundo; dentre elas, destaca-se a ideia de que o desenvolvimento, para ser eficaz, precisava surgir muito mais de dentro do país receptor do que da ajuda externa. Nesse contexto, foram muito relevantes as análises produzidas pela Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL), criada no âmbito das Nações Unidas, em 1948, cujo pensamento sofreu forte influência da economia internacional e das transformações que ocorriam na América Latina. Eles davam forte ênfase ao papel do progresso técnico e à industrialização nacional, acreditando que essa seria uma forma de enfrentar o

subdesenvolvimento. Entretanto, a industrialização não acabou com os problemas estruturais dos países (NERY, 2001).

Outra instituição que passou a aglutinar os povos do Sul foi o Movimento dos Países Não Alinhados. Na primeira conferência de Belgrado, em 1961, contava com 25 países-membros e três países latino-americanos observadores (Bolívia, Brasil e Equador). Três anos mais tarde, na segunda conferência, no Cairo, já contava com 47 países e 11 observadores (LEITE, 2011).

Em 1964, em Genebra, aconteceu um importante debate: a Primeira Reunião da Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento (UNCTAD). A intenção era discutir uma união melhor dos países em desenvolvimento, de forma a melhor promovê-lo. Nessa Conferência, destacou-se a participação de um grupo de países, denominado Grupo dos 77 (COLACRAI, 2009). Fora do âmbito das Nações Unidas, outros fóruns entre países do Terceiro Mundo tiveram importância, destacando-se a OSPAAL (Organização da Solidariedade com os Povos da América Latina, Ásia e África), realizado em Havana, em 1966, para divulgar as lutas do Terceiro Mundo.

Também em 1966, destaca-se a criação das Organizações das Nações Unidas para o Desenvolvimento Industrial (UNIDO), com a intenção de promover a industrialização dos PED. E para encerrar a década de 1960, vale citar a divulgação do relatório “Parceiros no Desenvolvimento”, atendendo aos pedidos do então presidente do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), Robert McNamara, com o objetivo de avaliar o impacto da assistência ao desenvolvimento. O relatório concluiu que a ajuda diminuía e propôs elevá-la, como um todo, a 0,7% do Produto Nacional Bruto (PNB) dos países do Norte, até 1975 (LEITE, 2011). Pode-se, então, resumir os anos 1960 -1970 como uma época em que se buscava um novo acordo econômico internacional, lutava-se contra o colonialismo e os PED esboçavam as primeiras formas de associação, já que a colonização, em grande medida, havia-os deixado isolados uns dos outros (COLACRAI, 2009).

A década de 1970 foi muito importante para a CSS, destacando-se algumas conferências: em 1970, a 3ª Conferência de Cúpula dos Países Não Alinhados, em Lusaka; em 1973, a 4ª Conferência de Cúpula dos Países Não Alinhados, em Argel; em 1974, a 6ª Sessão Extraordinária da Assembleia-Geral da ONU, na qual foi firmada a “Declaração sobre o Estabelecimento da Nova Ordem Econômica Internacional” e o “Programa de Ação sobre o Estabelecimento da Nova Ordem Econômica

Internacional”, que destacava a descolonização como a maior conquista das últimas décadas. Soma-se a isso a “Carta dos Direitos e Deveres Econômicos dos Estados”, que foi aprovada na 29ª Sessão da Assembleia da ONU, em 1974. Em 1975, foi constituído o Sistema Econômico Latino-Americano (SELA), com a assinatura do Convênio do Panamá, cujo objetivo era constituir-se num mecanismo para assegurar a CSS (*Ibidem*).

Outro marco importante foi a Conferência Mundial sobre a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD), realizada em Buenos Aires, em 1978, quando os países signatários passaram a adotar o “Plano de Ação de Buenos Aires”, que delimitava a Cooperação Técnica. A Declaração de Buenos Aires estabeleceu alguns princípios: (a) usar o termo “cooperação” em vez de “assistência”, como era usado na CNS, com a ideia de transmitir maior simetria entre os países envolvidos; (b) ao falar de Sul, não necessariamente estariam falando de delimitação geográfica, e sim de uma identidade compartilhada pelos países que almejavam desenvolver-se; (c) tratar de uma cooperação mais ampla, e não somente da cooperação técnica; (d) negociar a cooperação entre governos e que estes promovessem a participação de organizações públicas, privadas e particulares; (e) diferentemente da CNS, eles não fizeram referência a condicionalidades; (f) a CSS era uma nova dimensão de cooperação, e não um substituto da CNS (COLACRAI, 2009).

Todavia, a falta de ações importantes de cooperação entre os PED diminuiu o impacto da Conferência de Buenos Aires; a cooperação entre PED ocorria de forma lenta e mais entre países vizinhos. Se, na prática, os resultados eram pequenos, o discurso era bem mais ativo, com vários projetos aprovados nas Nações Unidas, conclamando a participação de todos os PED (PUENTE, 2010). Em 1979, foi publicado o “Relatório Norte-Sul”, que ficou mais conhecido como “Relatório Brandt”, que previa, em curto prazo, a transferência em larga escala de recursos aos PED e, em médio prazo, o atendimento às necessidades dos países mais pobres da África e da Ásia (LEITE, 2011).

A década de 1980 começou cheia de expectativas quanto ao progresso da CSS, com os PED se engajando num grande comprometimento pela causa. No entanto, podemos afirmar que o processo da CSS foi praticamente interrompido nesse período, devido aos efeitos das crises do petróleo da década de 1970 e à recessão nos PD, o que gerou reduções drásticas na cooperação. Também marcaram a década de 1980 as crises do endividamento externo e a implantação inicial dos planos de ajuste estrutural na

África, América latina e Ásia. Um fato importante é que, nesse mesmo ano, foi criado o Comitê de Alto Nível sobre a Cooperação Sul-Sul dentro das Nações Unidas, cuja finalidade era verificar a aplicação do Plano de Buenos Aires (LEITE, 2011). Também na década de 80, as condições de vida na África pioram drasticamente, ganhando destaque as ações de assistência humanitária (PUENTE, 2010). Em 1987, o Brasil dá importante passo no sentido de organizar suas ações de cooperação, ao criar a Agência Brasileira de Cooperação (ABC). E o Ministério das Relações Exteriores (MRE) retoma a condição de órgão central da cooperação no Brasil.

Na década de 1990, houve uma quebra da ordem internacional, surgindo, assim, novos mecanismos e hegemonia internacional. Conforme dito anteriormente, a queda do Muro de Berlim, o colapso da URSS e a dissolução do bloco do Leste criaram um novo mapa geopolítico que reforçava o capitalismo. Nesse contexto, há uma diminuição da CNS, e a CSS passa a ter um importante espaço a cobrir, vinculado com a nova concepção do desenvolvimento humano proposta pelo PNUD a partir de 1990. Os processos de integração regional assumiram, nos anos 1990, o papel de principal mecanismo da CSS. E foi considerado importante fazer uma melhor articulação entre a cooperação técnica e a econômica nas relações Sul-Sul. O Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), por exemplo, surgiu em 1991. Em meados dos anos 90, a ONU buscou dar novo fôlego à CSS, aprovando, na Assembleia-Geral, a proposta sobre novas orientações, elaborada pelo Comitê de Alto Nível para a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento. E o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) elaborou o “Primeiro Marco para a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento - 1997-1999”, com o objetivo de promover o desenvolvimento sustentável e erradicar a pobreza. Em 1995, a Assembleia-Geral das Nações Unidas reconhece a importância da CSS como forma de alcançar objetivos de desenvolvimento nacional e articular autossuficiência, por um lado, e de integração na economia mundial, por outro. Foi criado, então, um movimento forte contra a cooperação, que pode ser descrito pela difundida metáfora “a fadiga e o cansaço da ajuda” (COLACRAI, 2009).

Outro fato importante no ano de 2000 foi a Cúpula do Sul, onde os países reunidos propuseram dar um novo impulso à cooperação entre eles no âmbito das Nações Unidas, que também passaram a incorporar a cooperação triangular dentro da CSS (*Ibidem*). Conforme já falamos, os atentados de 11 de setembro de 2001 geraram uma forte preocupação mundial com o terrorismo e uma consequente securitização da

cooperação como um todo, com reflexos óbvios também da CSS, chegando-se ao ponto de, muitas vezes, relacionarem-se os problemas da pobreza e baixo índice de desenvolvimento com o surgimento de grupos terroristas. Essa relação entre níveis de desenvolvimento baixos e risco de existência de grupos terroristas é preocupante, revelando, uma vez mais, um viés etnocêntrico das agendas de cooperação internacional. Os países do Ocidente externam suas preocupações sem considerar os contextos locais dos países menos desenvolvidos; tratam dos problemas a partir de um sintoma percebido no Norte, sem se preocuparem com o diagnóstico mais profundo, estrutural e histórico, da realidade do subdesenvolvimento.

Em 2002, em Monterrey, realizou-se a Conferência Internacional sobre o Financiamento ao Desenvolvimento, onde foi assumido o compromisso de promover o desenvolvimento sustentável dos países do Sul. O chamado “Consenso de Monterrey” estabeleceu novas relações entre PD e PED, baseado no diálogo e na responsabilidade mútua (LEITE, 2011). Em junho de 2003, foi criado o Fórum de Diálogo Índia, Brasil e África do Sul (IBAS), que aglutina três potências médias com o objetivo de estudar temas de interesse comum na arena internacional. Foi estabelecido o Fundo IBAS de combate à pobreza, com recursos dos três países (*Ibidem*).

Também em 2003, vinte PED, que, juntos, abrigam mais de 65% da população agrícola, reuniram-se, formando o chamado G-20, com o intuito de reclamar a implementação do mandato de Doha, cunhado em 2001, que buscava atender às demandas dos PED na negociação agrícola (*Ibidem*). Junto com 58 países, o Brasil se reuniu no *Leading Group*, para criar novos mecanismos que permitam atingir os ODM, pois consideram que, com os atuais, eles não serão atingidos. Esse movimento deu seguimento à Ação Global contra a Fome e Pobreza, iniciada em 2004, por Brasil, França, Chile e Espanha (IPEA b, 2010).

Nessa época, surge a denominação “países de renda média”, os PRM; na América Latina, a maioria dos países se enquadra nessa definição. Rotulados como tal, esses países têm visto cair sensivelmente o fluxo de ajuda recebida, o que pode tirar a região do grupo dos PED (*Ibidem*).

É inegável que ocorreram mudanças nos atores da CSS, que, inicialmente, eram públicos e governamentais. Hoje em dia, atuam também os governos locais, ONGs, movimentos sociais, redes transnacionais, entre outros (SELA, 2011). Muito pouco se discute sobre como a CSS é financiada atualmente, apesar de se reconhecer que os

recursos destinados a ela são limitados e insuficientes para garantir um melhor resultado. Sendo assim, destacam-se quatro instrumentos de financiamento: (1) o bilateral – é a forma mais utilizada e consiste em ações realizadas entre governos e utilizando meios oficiais; (2) o regional – são processos que se manifestam em nível sub-regional, como o MERCOSUL, a União das Nações Sul-Americanas (UNASUL) etc.; (3) o triangular – nesta modalidade, normalmente, um doador tradicional, junto com um país de renda média, se associa a um terceiro país de menor renda, para cooperar a favor desse último e (4) multilateral – apesar de muitos autores não considerarem a CSS multilateral, acredita-se que organismos multilaterais também participam da CSS (*Ibidem*).

Ao longo de todos esses anos, paralelamente ao destaque que o Sul geopolítico vem ganhando na esfera econômica mundial, o Brasil também vem destacando-se como potência emergente, atuando duplamente, tanto como recebedor da ajuda ao desenvolvimento quanto como doador, principalmente de cooperação técnica. O País tem tomado medidas para garantir que sua região continue a ser uma zona de paz e, também, promovido a causa do regionalismo econômico, através do MERCOSUL e da Comunidade Sul-Americana de Nações. Trataremos especificamente do Brasil no próximo item deste capítulo.

### **1.3 A CSS NAS AGENDAS DA POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA**

Embora se tenha falado bastante a respeito, não há muitas fontes acadêmicas e científicas sobre a correlação entre a cooperação internacional para o desenvolvimento e a política externa do país doador. Há quem julgue que a ajuda externa tenha um fim em si mesmo, independentemente da política externa, considerando-a como uma obrigação das nações ricas (MORGENTHAU, 1962); outros consideram a ajuda externa como um instrumento de poder, persuasão ou influência. Enfim, esse não é um tema livre de controvérsias, mas parece inegável que a cooperação para o desenvolvimento possa ser utilizada como instrumento de política externa pelos países doadores, tanto nas vertentes da CNS quanto da CSS (PUENTE, 2010).

Segundo Morgenthau (1962), ao falarmos de política de ajuda externa, encontraremos seis tipos de ajuda: a transferência de dinheiro, bens e serviços; a ajuda humanitária; a ajuda externa de subsistência; a ajuda externa militar, “o suborno”<sup>9</sup>; e a ajuda externa para o desenvolvimento. O autor ressalta a importância de identificar, em cada situação concreta, esses seis tipos de ajuda e escolher a quantidade e qualidade de ajuda necessária a cada situação, enfatizando que essa não é uma tarefa simples, já que, muitas vezes, um mesmo país tem necessidades de diferentes tipos de ajuda ao mesmo tempo.

Em 1961, nos Estados Unidos, entrou em vigor a Lei de Ajuda Externa que declarava que, para promover o desenvolvimento, deveria se enfatizar a assistência de longo prazo. Ou seja, os promotores da ajuda diziam que o desenvolvimento era um processo de longo prazo, mas os programas de ajuda do governo precisavam ser direcionados a objetivos e períodos de tempo específicos. Acreditava-se que o interesse dos Estados Unidos em promover o desenvolvimento econômico dos países subdesenvolvidos passasse por três argumentos: o primeiro seria o argumento de cunho econômico, pois o desenvolvimento do Terceiro Mundo abrirá oportunidades econômicas para o país doador; o segundo seria o de segurança, pois, ao desenvolver os países pobres e reduzir o hiato existente entre estes e os países ricos, estaria criando-se uma estabilidade e reduzindo hostilidades; o terceiro argumento seria o político, pois era interesse do país doador que, através da ajuda prestada, seriam criadas relações de amizade com o país receptor e evitar-se-iam opiniões críticas e comportamentos antagônicos (HUNTINGTON, 1970).

Já para Kennan (1971), a ajuda externa não poderia ser considerada um tipo de remédio padronizado, já que não teria validade universal, nem produziria resultados calculáveis em qualquer condição. Ele considerava que a eficácia da ajuda era, sim, determinada pelo contexto em que ela era aplicada e pela sabedoria com a qual era aplicada, afirmando que seria preciso levar em conta o grau de resolução e vigor dos propósitos que estariam por trás dos esforços daqueles que estariam sendo ajudados. Se os esforços deles fossem fracos, a ajuda para eles dificilmente seria diferente.

Tanto Hans Morgenthau quanto George Kennan pensaram a CNS nas agendas da política externa dos EUA, dentro do panorama da Guerra Fria. No entanto, pode-se

---

<sup>9</sup> Expressão do próprio autor, “bribery” em inglês.

afirmar que o Brasil não fica de fora desse contexto e, sobretudo nos governos Fernando Henrique Cardoso e Luis Inácio Lula da Silva, utilizou-se da CSS como valioso instrumento de política externa, traduzido em inúmeras ações junto aos PED. Entende-se que a CSS não é o único, mas sim um dos instrumentos para se alcançarem os objetivos da política externa brasileira. Acreditamos que o Brasil vem tentando aumentar sua projeção no mundo das relações internacionais, orquestrando ações dentro das diversas subáreas da cooperação: assistência humanitária, projetos de cooperação e presença militar, com objetivos de conseguir a paz mundial. Esses esforços estão sincronizados com os objetivos brasileiros no mundo das relações internacionais de exercer um papel mais importante nas negociações globais, tanto em nível regional como multilateral (HIRST, 2012).

Faremos, então, um breve histórico do comportamento brasileiro em relação à política externa, sem pretensões de seguir linearmente as sucessões presidenciais, mas selecionando períodos e acontecimentos que tenham correlação e relevância direta com a CSS. Basearemos nosso trabalho na contribuição de Leite (2011).

No período de 1961 a 1964, o Brasil foi governado por Jânio Quadros e João Goulart, e a política externa brasileira dessa época ganhou a denominação “política externa independente (PEI)”, que deve ser considerada um marco histórico fundamental quanto à integração das estratégias da CSS nas agendas da política externa. O cenário era dominado por um mundo bipolar, no qual a sociedade se dividia entre os “americanistas”, que entendiam como especial a relação do Brasil com os Estados Unidos, vendo este como nosso principal parceiro, e os “nacional-desenvolvimentistas”, que desejavam uma política externa universalista, além da parceria apenas com os EUA (LEITE, 2011).

Nessa época, começa a ocorrer a descolonização afro-asiática e inicia-se o processo da CSS. Os princípios adotados eram a universalização, a autonomia e ação isenta de constrangimentos ideológicos, a ampliação das relações internacionais do Brasil, a paz, o desarmamento e o apoio ao desenvolvimento. As relações com a África foram intensificadas, pois acreditavam que o Brasil, por suas raízes culturais, teria que apoiá-la. Em 1961, foi criada a Divisão África, no Ministério das Relações Exteriores, o que aumentava o perfil internacional do Brasil para a região. No entender de Jânio Quadros, o país funcionava como uma ponte entre a África e o Ocidente. Ele avançou mais ao adotar medidas, criando missões permanentes e institutos culturais, além de

priorizar temas políticos. Por sua vez, João Goulart deu ênfase maior a temas mais econômicos (*Ibidem*).

O Brasil foi-se engajando ativamente na CSS, aumentando a cooperação com os PED e, além da África, citada acima, diversificou relações também com a América do Sul e Ásia, a fim de aliviar a distribuição desigual de poder e garantir maior bem-estar econômico e político. Graças ao seu amadurecimento institucional democrático, o Brasil assumia maior peso no universo das relações internacionais, trazendo para si o papel de construtor de pontes nas controvérsias internacionais (*Ibidem*).

O período de 1974 a 1979, correspondente ao Governo Geisel, é denominado, segundo Leite (2011), como a época do “pragmatismo responsável”. Em sua política externa, Geisel buscou eliminar os obstáculos ao desenvolvimento e decidiu manter o ritmo crescente da economia brasileira, em direção às nações industrializadas. Ao usar o termo “responsável”, o Governo, na realidade, queria dizer que a sua diplomacia seria moderada, buscando o desenvolvimento, sem esquecer a questão da segurança. A ênfase era no desenvolvimento econômico e social para transformar o País em uma economia industrializada. Dadas as características do regime militar, a política externa foi desenvolvida sem nenhum questionamento interno.

Geisel intensificou relações com a América Latina, com os países independentes da África Subsaariana e com os países africanos de língua oficial portuguesa, os PALOP, rompendo de vez a comunhão que tinha com Portugal, ao reconhecer os movimentos de independência das antigas províncias portuguesas. O Governo também apoiou a igualdade racial, condenando o *apartheid*. Em 1977, iniciam-se os “anos dourados” da política externa africanista: o Brasil diversificou seus parceiros comerciais e ampliou o mercado para exportações, que mais do que quadruplicaram, elevando-se de cerca de US\$ 190 milhões para US\$ 600 milhões, no período entre 1973 e 1979 (*Ibidem*).

A cooperação técnica começou a ser esboçada por Geisel como um dos pilares do relacionamento Brasil/África e, através dela, o Brasil estava presente em todo o território africano, sem grande aporte de capital. Podemos afirmar que a diplomacia brasileira de 1990 a 2002 buscava retomar a imagem externa do Brasil como um país estável economicamente, além de democrático (*Ibidem*). A partir de 1993, a política externa brasileira passou a cooperar com países emergentes, como China, Índia, África do Sul e Rússia. Foi com o presidente Itamar Franco que o Itamaraty passou a ter mais

espaço na diplomacia brasileira. Nessa época, o País se uniu aos países emergentes de duas formas: cooperando através de negociações com o MERCOSUL e empreendendo ações diplomáticas, país a país, individualmente (PATRÍCIO, 2010).

No período de 1995 a 2002, durante os Governos Fernando Henrique Cardoso (FHC), a política externa brasileira foi caracterizada por um multilateralismo, buscando também estimular relações com outras potências médias. FHC manteve o País como candidato a uma cadeira permanente do Conselho de Segurança da ONU, mas de forma não insistente. Na OMC, sua participação era plena nas negociações multilaterais. Com os países do Sul, ele manteve um diálogo, mas não uma real coordenação de ações. Em relação ao terrorismo, FHC salientou a necessidade de uma nova ênfase na agenda internacional, não pensando somente em autodefesa e uso de força militar — ele acreditava que o terrorismo não poderia frear a cooperação. O presidente FHC não colocou obstáculos em relação ao FMI e recorreu a ele apenas quando isso se tornou inevitável, fechando três pacotes de apoio preventivo: em 1998, 2001 e 2002. Em relação à liderança, FHC buscava um papel de destaque regional, em vista de seus limitados recursos. Ele via o MERCOSUL como uma alavanca de integração econômica com a região e fora dela. E com os EUA denominava a relação como essencial e cooperativa, onde vigoravam princípios de reciprocidade moderada. Enfim, podemos dizer que FHC via na diplomacia um elemento acessório no processo do desenvolvimento (ALMEIDA, 2004).

Nos Governos Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), o Brasil foi bastante ativo nas discussões dos temas globais. Aproximou-se mais da América do Sul, buscando sua estabilidade e priorizando o MERCOSUL, e utilizou-se fortemente da diplomacia presidencial. O País buscava a formação de um mundo multipolar e candidatava-se a maiores responsabilidades no universo das relações internacionais (LEITE, 2011). A diplomacia de Lula era ativa e incluiu centenas de viagens e visitas bilaterais entre o Brasil e países de todo o mundo, assim como a participação em todos os fóruns mundiais importantes. Essa foi umas das fases mais dinâmicas da diplomacia brasileira de todos os tempos. O ativismo de Lula se manifestou na formação do já citado G-20. Havia uma intenção, declarada e totalmente explícita, de conseguir um assento permanente no Conselho de Segurança da ONU (CSNU). O assento ainda não foi conseguido, mas o Brasil obteve apoios importantes de diversos países nesse pleito, inclusive de membros do próprio Conselho. Segundo Almeida (2004), quanto à

liderança, Lula tinha grandes objetivos políticos, não restritos apenas a sua região, e estes seriam alcançados com o ativismo diplomático e alianças estratégicas. Para Lula, o MERCOSUL era a prioridade número um da diplomacia brasileira, focando em questões sociais e políticas para buscar a integração. Lula via a relação com os EUA como importante, mas não essencial para atingir seus objetivos. Sendo assim, passou a tratar os EUA na base da estrita reciprocidade, como visto no caso de identificação dos viajantes. De acordo com Leite (2011), o Governo Lula retomou a política externa africanista, enfatizando que era o momento de quitar uma dívida histórica da escravidão com o povo africano. A CSS foi promovida, e priorizaram-se ações de cooperação técnica. Formaram-se alianças com países, tais como Índia, China e África do Sul, assim como a formação do G-20, com o intuito de obter resultados juntos, que não seriam conseguidos isoladamente. O País comportou-se como potência média e reiterou seu papel como construtor de pontes. Já Almeida (2004) afirma que Lula buscou uma política externa criativa, com o intuito de obter uma liderança regional e internacional, com a intenção de implantar uma nova geografia comercial no mundo.

Em resumo, podemos afirmar que a estratégia brasileira recente de CSS tem como objetivo de longo prazo que o País passe a ser reconhecido como uma potência global; para isso, utiliza-se muito pouco do poder militar, ou *hard power*, e explora, sim, sua grande capacidade de envolver outros países com suas escolhas, desenvolvendo o já citado *soft power* (PATRÍCIO, 2010).

Após situarmos a CSS brasileira na agenda de sua política externa ao longo dos anos e presidentes, consideramos a necessidade, agora, de abordarmos o surgimento da Agência Brasileira de Cooperação (ABC), instituição fundamental e canalizadora de toda e qualquer ação brasileira de cooperação. Para tal, vamos buscar suas raízes desde a época do surgimento de nossa cooperação, num cenário que não era regido por regras, leis, nem instituições que a coordenassem. Ao longo dos anos, como vimos anteriormente, o Brasil passou por um processo de amadurecimento em todos os níveis da cooperação para o desenvolvimento. Em 1950, ocorreu uma primeira tentativa de organizar o setor, com a criação do Sistema de Cooperação Técnica Internacional, onde foi criada a Comissão Nacional de Assistência Técnica, quando o Brasil era apenas receptor da cooperação (Barbosa, 2011). Em 1969, após uma grande reforma institucional, a cooperação foi centralizada na Secretaria de Planejamento e no Ministério das Relações Exteriores, o MRE (*Ibidem*). Na década de 1980, o Brasil

passou pelo processo de redemocratização, com o fim do regime militar em 1985, e a cooperação ganhou um novo impulso. Com o intuito de conferir maior eficiência a essa cooperação, começou-se a questionar e rever os mecanismos que a compunham (PUENTE, 2010).

Assim, em 1987, foi criada a Agência Brasileira de Cooperação, a ABC, instituída pelo Decreto nº 94.973/87; inicialmente, foi vinculada à Fundação Alexandre de Gusmão (FUNAG). Essa criação atendia às necessidades da política externa, fortemente ligada à cooperação técnica entre países em desenvolvimento. Contudo, além da cooperação prestada, a ABC cuidaria também da recebida dos PD. A ABC veio a substituir a Subsecretaria de Cooperação Econômica e Técnica Internacional (SUBIN), e a Divisão de Cooperação Técnica (DCOPT). Com essa mudança, o MRE voltou a ser o órgão central da cooperação brasileira. É importante destacar que o PNUD teve papel fundamental na formação da ABC, fornecendo recursos humanos que eram contratados para a ABC, através do PNUD, e estruturando as áreas administrativas e técnicas (PUENTE, 2010). Como funções da ABC, cita-se o artigo 31 do estatuto da FUNAG:

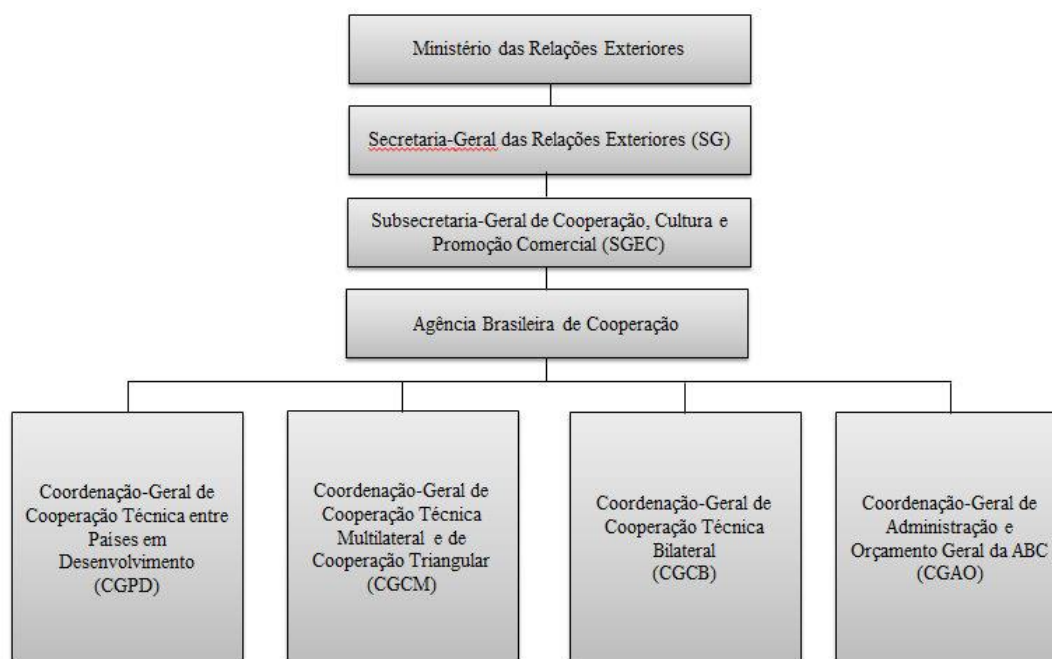
Articular órgãos e entidades nacionais e internacionais, públicos e privados, inclusive instituições de ensino e pesquisa, para a participação em programas de cooperação técnica. (CABRAL, 1998, p. 42)

Em 1990, foi criada a Unidade de Administração de Projeto (UAP), tendo a ABC, à época, três divisões: a cooperação técnica entre países em desenvolvimento, a cooperação recebida bilateral e a cooperação recebida multilateral. Em 1996, a ABC foi separada da FUNAG e ficou subordinada à Secretaria-Geral das Relações Exteriores. Em 2004, a ABC passou a ficar sob o controle da Subsecretaria-Geral de Cooperação e Comunidades Brasileiras no Exterior. A ABC tem avançado significativamente, mas tem-se deparado, também, com dificuldades, que assim resumimos: (a) falta de instrumentos e ordenamentos legais para a cooperação; (b) ausência de base sólida de recursos humanos bem preparados; (c) insuficiência de recursos financeiros e orçamentários; (d) ainda excessiva dependência do PNUD (PUENTE, 2010). Segundo Barbosa (2011), a ABC se importa com três questões nos seus projetos de cooperação técnica internacional: (1) a da propriedade, que se refere aos direitos e deveres que os países receptores devem assumir ao aceitar a ajuda; (2) a da boa governança, que

compreende a boa gestão e transparência no uso dos recursos públicos; (3) a da responsabilização, que se refere à necessidade de prestação de contas dos recursos empregados.

Falando agora da ABC nos dias de hoje, tivemos acesso a informações de que seu orçamento para o ano de 2012 foi de US\$ 12.000.000,00 e, para 2013, até o fechamento deste trabalho, em janeiro de 2013, o valor ainda não havia sido divulgado. Atualmente, apenas no segmento de CSS existem cerca de 600 projetos em execução. Também é relevante comentar que, até agosto de 2012, a ABC era dirigida pelo Ministro Marco Farani, que, no dia 21 deste mês, saiu e foi substituído pelo Embaixador Fernando José Marroni de Abreu, que assumiu a direção-geral da Agência<sup>10</sup>. A seguir apresentamos o organograma da Agência na Figura1:

Figura 1: Organograma da Agência Brasileira de Cooperação.



Fonte: [http://www.abc.gov.br/abc\\_por/webforms/interna.aspx?secao\\_id=15](http://www.abc.gov.br/abc_por/webforms/interna.aspx?secao_id=15)

A estrutura organizacional atual da ABC é formada por quatro coordenações: (1) Coordenação-Geral de Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CGPD); (2) Coordenação-Geral de Cooperação Técnica Bilateral (CGCB); (3) Coordenação-

<sup>10</sup> Informações obtidas com nosso entrevistado nº 2, em entrevista realizada em 02/10/12, na ABC, em Brasília.

Geral de Cooperação Técnica Multilateral (CGCM) e (4) Coordenação-Geral de Cooperação Técnica Multilateral (CGAO). A seguir, apresentamos um resumo do trabalho de cada Coordenação-Geral.

A Coordenação-Geral de Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CGPD) tem como missão promover e fazer crescer as relações brasileiras com os países em desenvolvimento, disseminando conhecimentos técnicos, capacitando recursos humanos e fortalecendo suas instituições. Suas prioridades são: cumprir os compromissos assumidos em viagens do Presidente da República e do Chanceler; cooperar com os países da América do Sul, com o Haiti, com os países da África, em especial com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOPs), com o Timor Leste e demais países da América Latina e Caribe; além disso, apoia a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) e estimula a cooperação com países desenvolvidos e organismos internacionais. Para isso, a Coordenação possui quatro divisões: a Gerência de África, Ásia, Oceania, Leste Europeu e Oriente Médio; a Gerência de América latina e Caribe; a Gerência de Programas e Projetos Especiais e o Núcleo de Administração e Finanças.

Já a Coordenação-Geral de Cooperação Técnica Bilateral (CGCB) tem como objetivo a transferência de tecnologia e conhecimentos que colaborem para o desenvolvimento do País, sendo suas atribuições: aprimorar a capacidade técnica de gerenciamento, monitorar a execução de projetos, divulgar as oportunidades e resultados da cooperação técnica bilateral recebida, coordenar os programas de cooperação técnica com governos de países industrializados, fortalecer as ações atuais e aumentar as parcerias com agências de desenvolvimento internacional. Em 2011, os principais países parceiros do Brasil foram: Alemanha, com 12 projetos; Japão, com oito; França, com sete, e Espanha, com seis.

Sobre a Coordenação-Geral de Cooperação Técnica Multilateral (CGCM), podemos afirmar que é o setor responsável pela cooperação técnica multilateral, ou seja, aquela que é realizada entre o Brasil e organismos internacionais, com o objetivo de gerar e transferir conhecimentos, técnicas e experiências que ajudem no desenvolvimento das capacidades nacionais. As principais contrapartes brasileiras nesse tipo de cooperação são os organismos internacionais, como o BID, FAO, OEA, PNUD, UNESCO, UNICEF, entre outros.

Por fim, a Coordenação-Geral de Cooperação Técnica Multilateral (CGAO) tem como função coordenar as atividades administrativas e orçamentárias da ABC. Para isso, precisa criar e implementar o planejamento das áreas administrativa, recursos humanos e organizacional da ABC; zelar pelo cumprimento das normas vigentes; organizar e preservar a documentação da ABC; realizar licitações para aquisição de bens e serviços necessários ao funcionamento da ABC; desenvolver tecnologia de informação; fiscalizar os contratos de prestação de serviços terceirizados; coordenar a cooperação da ABC com os órgãos de controle interno e externos; subsidiar a atuação do diretor da ABC, entre outras funções (ABC, 2012).

Ao encerrar este capítulo, voltamos, então, à nossa questão de pesquisa: “Quais são os projetos desenvolvidos pelo Governo brasileiro em Moçambique no campo da saúde pública desde 2003?” E, após analisar o contexto histórico em que se insere esse tema, chegamos a alguns questionamentos adicionais que poderão auxiliar-nos na resposta à questão principal:

| QUESTÕES                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Quais seriam as principais motivações que levam o Governo brasileiro a cooperar com Moçambique?</b></li> </ul>                                                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>À medida que cooperava com Moçambique, o Brasil impôs condicionalidades?</b></li> </ul>                                                                             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Que resultados as ações de cooperação do Brasil produziram em geral? Deixaram um legado para o futuro de Moçambique, ou foram apenas ações pontuais?</b></li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Qual é a percepção, por parte dos atores moçambicanos, do perfil brasileiro na CSS?</b></li> </ul>                                                                  |

## **2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS, A QUESTÃO DO POLICY TRANSFER E O PAPEL DO BRASIL NAS TRANSFERÊNCIAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO CAMPO DA SAÚDE**

Este capítulo tem como objetivo — a partir do processo de redemocratização brasileiro e da Constituição de 1988 — analisar a evolução das políticas públicas no Brasil, ressaltando aquelas que se tornaram o que se denomina de “boas práticas”. Na sequência, será feita também uma discussão teórica sobre a questão do *policy transfer*; por fim, estudar-se-á de que forma o Brasil tem internacionalizado suas políticas públicas, especificamente no campo da saúde, disseminando-as prioritariamente em países da América Latina e África.

### **2.1 A REDEMOCRATIZAÇÃO DO ESTADO BRASILEIRO E O DESENVOLVIMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PÓS-1988**

Desde o começo do processo de redemocratização brasileiro, após o fim do regime militar em 1985, com a eleição indireta do civil Tancredo Neves, tendo José Sarney como vice-presidente, o Brasil vem experimentando vários tipos de políticas públicas, das quais fazem parte tanto atores institucionais (o Estado e seus diferentes níveis federativos), quanto não institucionais (ONGs e movimentos sociais, entre outros). Ao falar de redemocratização, não se pode deixar de citar a Constituição Federal, promulgada em 5 de outubro de 1988, que, entre outras resoluções importantes, como a instituição de eleições diretas para Presidente da República, estabeleceu novos caminhos para o setor de políticas públicas, nosso objeto de estudo central desse capítulo. De acordo com Maciel (2012), a redemocratização das políticas públicas surge como consequência dos movimentos de diversos setores da sociedade civil que queriam incluir na constituinte o máximo de propostas democráticas, destacando-se, dentre elas, a luta pela consolidação dos direitos básicos do cidadão. A Constituição estabeleceu novas regras para definir e supervisionar as políticas públicas, assim como reconheceu um novo conjunto de direitos sociais.

Segundo Franzese e Abrucio (2009), a Constituição de 1988 impôs uma nova gama de temas para as políticas públicas, com foco na universalização dos direitos do cidadão, na igualdade de acesso, e com intenção de passar certas decisões para as entidades subnacionais, que ganharam a função de operacionalizar e gerir as políticas, saindo bastante fortalecidas desse processo. O País passou então a ter três esferas de governo: os Municípios, os Estados e a União. Acreditamos que seja necessário, neste momento, comentar, de forma geral, algumas consequências das mudanças instituídas pela Constituição; para isso, elegemos as áreas da saúde, da assistência social e da educação. Foco maior será dado ao campo da saúde devido à ligação direta com os objetivos do presente trabalho.

Pode-se afirmar, sem risco de dúvida, que a principal consequência pós-Constituição no campo da saúde pública foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), como parte da reforma sanitária brasileira. Contudo, para entender melhor o contexto do País antes do surgimento do SUS, será necessário retroagirmos um pouco à história das políticas brasileiras de saúde; para tal, usaremos, de forma breve, as ideias de Hochman (1998). Esse autor relata que, durante a Primeira República, iniciada em 1889, a situação sanitária do Brasil era calamitosa, e o quadro só se agravava ao longo do tempo, levando a que o Estado reconhecesse a urgência em tornar obrigatória a solução desses problemas e tomasse para si a responsabilidade dessas ações, tornando-as coletivas e compulsórias. Dessa época, são reconhecidos os conceitos de interdependência da saúde, da “doença que se pega” e de como as doenças são transmitidas, o que estimulou o engajamento de todos no processo e originou o movimento chamado de Liga Pró-Saneamento do Brasil. Dois momentos importantes a serem destacados são, em 1918, quando foram instituídos os serviços de saneamento e profilaxia rural, e em 1920, quando foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), a que, rapidamente, os estados aderiram. Segundo Franzese e Abrúcio (2009), é importante ressaltar que, no final dos anos 1970, foi constituído o movimento sanitário que propunha mudanças e transformações na área da saúde como um todo, buscando melhores condições de vida para a população. Em 1974, durante o regime militar, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) com o objetivo de gerir a questão da saúde, porém só os trabalhadores contribuintes da Previdência Social tinham acesso a seus serviços. De acordo com Cortês (2009), a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi um

marco muito importante para a criação do SUS, ditando normas para a reforma, a serem incluídas na Constituição, e criando a Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Para Franzese e Abrúcio (2009), a instituição do SUS fez com que o Governo brasileiro tomasse as rédeas da área da saúde, coordenando suas diretrizes universalizantes e distribuindo recursos entre os entes subnacionais; a gestão da política passou a ser compartilhada entre o Governo federal e esses entes subnacionais. Ao longo dos anos, o Ministério da Saúde estimulou a adesão dos municípios ao SUS, até alcançar a totalidade deles. Cumpre ressaltar que, paralelamente à instituição do SUS, também foram criados fóruns de negociação com o Governo, dos quais participavam gestores municipais e federais. Segundo Côrtes (2009), também foi relevante a criação, em 1990, do novo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e, em 1993, da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), ambos, mecanismos de participação e de gestão descentralizada, que serviram de modelo para outros setores de políticas públicas.

Já no campo da assistência social, foi instituído o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que, assim como o SUS, buscava uma universalização da prestação dos serviços que se daria pela criação de redes descentralizadas e hierarquizadas, num contexto em que os municípios seriam estimulados a aderir ao programa (FRANZESE E ABRÚCIO, 2009).

Por fim, no campo da educação, a principal mudança foi a criação do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (FUNDEF), com a intenção principal de diminuir a desigualdade na qualidade do Ensino Fundamental por todo o País, já que, na realidade, o sistema vigente não atendida à totalidade de crianças em idade escolar. O orçamento dos estados e municípios passou a ser redistribuído de acordo com o desempenho de cada um, o que estimulou a municipalização do ensino, praticamente universalizando o acesso a ele. Nesse caso, diferentemente das áreas da saúde e da assistência social, não houve institucionalização de arenas de debate e negociação federativa (*Ibidem*).

Consideramos importante também situar o neoliberalismo no processo de formação de políticas públicas que estamos analisando. A partir da década de 1990, o Brasil adotou uma série de medidas que influenciaram suas políticas públicas, tais como a privatização de empresas estatais e a reforma do Estado e dos direitos sociais, que se alinhavam com as medidas neoliberais do já citado Consenso de Washington. O neoliberalismo responsabilizava os sistemas de bem-estar social pelos altos gastos

públicos e propunha a desregulamentação desses direitos. Essas medidas eram resultado de uma crise do Estado, que, para se tornar mais ágil, acreditava-se que deveria reduzir seu tamanho. E o modelo de governança era direcionado para o consumidor, que poderia escolher, no mercado, os serviços que melhor o satisfizessem (FLEURY, 2000). Na visão de Dagnino (2004), a implantação do projeto neoliberal gerou importantes consequências para a América Latina e, obviamente, para o Brasil. Com a eleição de Fernando Collor, em 1989, houve uma tentativa de construir o Estado mínimo no Brasil, tirando dele a função de garantir os direitos dos cidadãos, transferindo essa obrigação para a sociedade civil. Esta passaria a ter funções não apenas de controle social sobre o Estado e o mercado, de denúncia, de protesto e de organização de ações coletivas, mas, no diapasão desse receituário, seria uma “parceira” do Estado na implementação de serviços públicos. Muitos autores criticaram esse deslocamento das funções da sociedade civil, que passaria a substituir o Estado em muitas ações, sem a garantia de direitos aos cidadãos (MILANI, 2008).

De acordo com Falleti (2006), foi, durante a década de 1980, que o País começou a abandonar uma política desenvolvimentista e centralizada, caminhando para uma descentralização do Governo em suas diversas instâncias, o que aumentou a importância do papel das unidades subnacionais, os municípios, na formulação das políticas públicas. Segundo Spink (2001), o poder existente nesse nível local é fruto de um processo social e histórico, subordinado a algo maior, e envolvendo diretamente a vida de muitas pessoas que buscam ampliação de suas cidadanias, assim como redução da pobreza e exclusão social.

Julgamos ser importante fazer um breve retrospecto da evolução da sociedade civil nesse cenário; para isso, utilizaremos a visão de Spink (2001). De acordo com esse autor, num primeiro momento, a sociedade civil, que surgiu do liberalismo iluminista escocês, prezava os valores coletivos do comunitarismo, sendo representada por quem possuía terra, pelos artesãos e pelos letrados, e buscando manter o equilíbrio de poder e dos espaços existentes. A ação cívica era desempenhada pela caridade dos que tinham mais recursos e ajudavam os mais pobres.

Num segundo momento, a sociedade civil passa a viver em conflito declarado com o Estado, sendo este considerado um reflexo da violência existente na sociedade e tendo como opositores à sua existência os grupos de anarquistas e de comunistas. Eles propunham o fim do Estado, tendo como lógica a rebelião contra a ordem estabelecida.

Um terceiro tipo de sociedade, que nos interessa diretamente neste capítulo, surgiu na década de 1980 e atua de forma independente do Estado. Ela se autoconstituiu através da mobilização de famílias, associações e movimentos sociais, forçando, com isso, uma mudança nos padrões já existentes, buscando soluções que fossem boas para todos os cidadãos.

Na década de 1990, esse movimento de cidadãos imbuídos de participar democraticamente da sociedade ganha corpo, principalmente no âmbito local. É marcante também o surgimento de inúmeras organizações da sociedade civil (associações, sindicatos de empresas etc.) que passam a se envolver na formulação de políticas públicas (MILANI, 2006). Segundo Silva (2007), a sociedade civil brasileira possui diversas facetas e características, como clientelismo e autoritarismo, assim como baixo percentual de associativismo. Esses novos atores da sociedade civil tiveram grande importância na reconstrução da democracia no Brasil, e sua participação será considerada, a princípio, como positiva pela maioria dos autores. No entanto, se fizermos uma análise mais aprofundada, encontraremos críticas de alguns autores que consideram a sociedade civil um mero reproduzidor de desigualdades hierárquicas e interesses da elite político-econômica. No entender de Avritzer (2007), os atores da sociedade civil operam com um tipo de representação bastante diferente da feita pelo Parlamento, pois não há requisito claro de autorização, nem monopólio territorial. A sociedade civil é representada de maneira pluralista, através de um processo de superposição de representações e, na área de políticas públicas, ela se dá por especialização temática e experiência.

Como consequência dessa maior participação da sociedade civil na definição das políticas públicas, devemos enumerar três formas como essa participação ocorre: o orçamento participativo, os conselhos de política e os planos diretores. Falando primeiramente dos Orçamentos Participativos (OP), é importante citar que a primeira experiência de sucesso internacional foi o OP de Porto Alegre, implantado de 1990 a 2005. Trata-se de uma forma aberta e livre de participação dos atores sociais, “de baixo para cima”, na qual, para obter sucesso, é necessária a existência de uma sociedade civil forte, assim como vontade política do governante (AVRITZER, 2008). Wrampler e Avritzer (2005, p. 3) têm a seguinte definição:

Orçamento participativo é um longo processo de tomada de decisão em que os cidadãos negociam entre si e com os funcionários do governo, através da alocação de gastos com novos projetos em infraestrutura urbana, tais como clínicas de saúde, escolas e pavimentação de ruas.

Já os conselhos de políticas são modelos mistos em que o poder se divide entre o Estado e os atores sociais. Um bom exemplo desse tipo de participação são os conselhos de saúde, onde, numa ponta, está o que se denominou “movimento sanitarista”, e, na outra, o que se intitula “movimento popular de saúde”, negociando conjuntamente para buscar fazer valer seus interesses. Por fim, o terceiro modelo de participação são os Planos Diretores municipais, que, através da obrigatoriedade de audiências públicas, constituem um desenho institucional de ratificação, ou seja, de finalização do processo (AVRITZER, 2008).

Agora, então, vamo-nos aprofundar nos principais conceitos e modelos de políticas públicas; para tal, utilizaremos as ideias Souza (2006). Segundo a autora, esse tema entrou em voga devido a três fatores: a necessidade de cortar gastos estatais, o surgimento de novas visões sobre qual deveria ser o papel dos governos e o fato de a maioria dos países, sobretudo os latino-americanos, ainda não ser suficientemente capacitada para formular, aplicar, fiscalizar e obter sucesso com suas políticas públicas.

Considera-se que o tema tenha quatro grandes pensadores: H. Laswell, em 1936, que introduz a expressão *policy analysis*, de forma a alinhar o saber da ciência com a ação empírica dos governos; H. Simon, em 1957, que diz que os *policy makers*, ou tomadores de decisão de políticas públicas, têm uma racionalidade limitada; C. Lindblom, que escreve textos importantes em 1959 e 1979, afirma que é preciso questionar a ênfase até então dada ao racionalismo, sendo necessário abrir espaço a outras variáveis para formular as políticas públicas; por fim, D. Easton, em 1965, que define políticas públicas como uma relação entre formulação, resultados e ambiente. Falando em definições do termo políticas públicas, Souza (2006) comenta que não há uma única nem melhor definição, e cita cinco, de outros autores, para, por fim, revelar a sua própria. Em 1995, Mead diz que a política pública é o campo dentro da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas. Na visão de Lynn, em 1980, a política pública é um conjunto de ações do governo que irá produzir efeitos específicos. Segundo Peters, em 1986, a política pública é a soma das atividades dos governos e que influencia a vida dos cidadãos. Para Dye, em 1984, a política pública é o que o governo escolhe fazer ou não fazer. Já Laswell, que cunhou a definição mais conhecida, diz que

as decisões sobre política pública devem responder à questão “quem ganha o que, por que e que diferença faz”. E finalmente, para Souza (2006), política pública é o governo em ação, definição essa que adotaremos como base para fins deste trabalho.

Para entender as políticas públicas atuais, retornaremos um pouco à história do Estado brasileiro, de forma a levantar antecedentes e características que foram surgindo com o passar dos anos. Podemos afirmar que foi na Era Vargas (1930-1945) que se começou a pensar em um projeto nacional de desenvolvimento no Brasil, firmando as raízes da industrialização, de forma a romper com o padrão oligárquico da República Velha. Entre 1946 e 1964, consolidou-se o chamado “nacional desenvolvimentismo”, que contou com grande apoio social e reforçou as bases do capitalismo industrial no País. Entre 1961 e 1964, há um rompimento com a coalizão nacional-desenvolvimentista e, num contexto de forte instabilidade, eclode o golpe militar de 1964. Entre 1968 e 1974, no que foi chamado de “Milagre Econômico”, o País cresceu a uma taxa de 10,1% ao ano. No período entre 1975 e 1980, acontece o declínio do modelo nacional-desenvolvimentista (DINIZ, 2011).

Entre 1964 e 1980, pode-se resumir que tínhamos um Estado autoritário, que centralizava o poder de forma conservadora e pretendia promover o desenvolvimento e industrializar o País, transformando-o em uma grande potência. Esse não era um Estado de bem-estar social, e sim um Estado autoritário que gerava políticas públicas para acompanhar o objetivo primordial de industrializar o País — isso, sem travar nenhum tipo de diálogo com a sociedade. Outro ponto a se ressaltar é o fato de esse perfil autoritário e conservador de Estado fazer com que seus dirigentes concebessem as políticas públicas de forma generalizadora e homogênea, o que não representava o Brasil com todas as suas inúmeras singularidades por estados e regiões. Pode-se afirmar que o País foi bem-sucedido em seus objetivos, no entanto continuou com enormes desigualdades entre a minoria rica e a maioria pobre.

Mais recentemente, nos anos 1990, com a aceleração dos processos de globalização, os Estados tiveram que se adaptar a uma nova realidade, que têm em jogo mais mercadorias e serviços do que políticas públicas. O caso da educação é um exemplo clássico desse processo, sendo esta, hoje, um produto ou uma mercadoria que é comprada por quem possui capital e, na maioria das vezes, não é mais vista como um bem público ou como um direito do cidadão (BACELAR, 2003). De acordo com Diniz (2011), nos Governos de Fernando Henrique Cardoso (1995 a 2003), promoveu-se uma

grande redefinição dos temas da agenda pública, priorizando dois pontos: a estabilização econômica e as reformas estruturais. Com o Plano Real, FHC conseguiu neutralizar a inflação e, por fim, estabilizou a economia. O período de 2002 a 2008 foi marcado como um momento de repensar os rumos da agenda pública, sendo denominado de “Pós-Consenso de Washington”. Começa-se a questionar o neoliberalismo como a única solução, através do confronto de ideias e modelos, acreditando-se que não há somente um único caminho:

A ascensão de governos de esquerda e centro-esquerda em países como Brasil, Argentina, Venezuela, Bolívia, Uruguai e Chile, não foi fruto do acaso, senão que o reflexo da frustração generalizada diante dos fracos resultados da execução da agenda neoliberal (...) é inegável que a emergência dos novos governos deflagrou um debate em torno da necessidade de redefinição de prioridades da agenda pública para além da estabilização e da rigidez fiscal. (DINIZ, 2001, p. 502)

## **2.2 A INTERNACIONALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E O DEBATE TEÓRICO SOBRE O *POLICY TRANSFER***

Como dito anteriormente, as políticas públicas que obtêm sucesso são consideradas “boas práticas” e, muitas vezes, são replicadas fora dos seus contextos iniciais, podendo esse intercâmbio ocorrer entre municípios, estados e, até mesmo, entre países, fenômeno esse denominado “internacionalização de políticas”. Paralelamente, nos últimos anos, temos verificado, na academia, o crescimento do número de estudos nas áreas de política, relações internacionais e cooperação internacional para o desenvolvimento que se debruçam sobre o tema do *policy transfer*, ou melhor, da transferência de políticas, sendo esse processo muitas vezes considerado umas das ferramentas para se realizar a Cooperação Sul-Sul (CSS). Seguindo esse raciocínio, e alinhando-o com os objetivos do presente trabalho, optamos por escolher o viés do *policy transfer* para conduzir a análise de nossa pesquisa, dentro da CSS.

Antes de iniciar realmente este item, consideramos ser necessário tecer alguns comentários para situar o contexto mundial, político e econômico das últimas décadas, quando ocorre a internacionalização de políticas. Segundo Guedes (2011), este é um

momento de três grandes mudanças: as inovações tecnológicas como um todo, os avanços tecnológicos especificamente nas áreas militar e espacial e o fim da Guerra Fria e do mundo bipolar, com a consequente ruína da União Soviética. Pode-se considerar que a intensificação da globalização ocorreu entre o término da primeira e o início da Segunda Guerra Mundial. Posteriormente os EUA, juntamente com outros países, assinaram, em 1948, o Acordo Geral de Tarifas e Comércio (GATT), criando, pela primeira vez, um mercado comum e internacional entre os países envolvidos. Em 1994, esse Acordo foi englobado pelo Tratado de Marrakesh, que constituiu a Organização Mundial do Comércio (OMC). É importante ressaltar que, paralelamente a essas mudanças, também ocorreram grandes transformações no campo das ciências, com inegável destaque para a área de telecomunicações, que passaram a ocorrer de forma muito veloz, praticamente instantânea, e com alcance mundial — em grande parte, favorecida pelo advento da informática e pela expansão do acesso à Internet.

Entretanto, apenas uma restrita parcela da população mundial tem acesso às novas tecnologias de comunicação; portanto, a globalização pode ser considerada um processo contraditório, pois, ao mesmo tempo em que une essa pequena parcela, fragmenta e exclui a maior parte da população mundial, mantendo, assim, o tradicional abismo entre os ricos e os pobres. Essa maior comunicação diminui as barreiras entre pessoas, organizações e países, o que gera, como consequência, a formação de blocos econômicos e comerciais com interesses comuns, assim como o fortalecimento das organizações internacionais, como o Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional (FMI), entre outros. Nesse panorama, os países interagem mais, trocando interesses econômicos e políticos e tendo à sua frente duas opções de comportamento: competir entre si ou cooperar uns com os outros:

A globalização é, de certa forma, o ápice do processo de internacionalização do mundo capitalista. Para entendê-la, como, de resto, a qualquer fase da história, há dois elementos fundamentais a levar em conta: o estado das técnicas e o estado da política. (SANTOS, 2011, p. 23)

Nesse contexto, marcado pelo crescimento das interações globais, a disputa pelo poder, ou melhor, pela governança global, não está mais apenas nas mãos das potências tradicionais, como Estados Unidos, Grã-Bretanha, França, Japão e Alemanha — é necessário incorporar a esse panorama países emergentes, como Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul (LAUS, 2012). Assim, surgem questionamentos e buscam-se

soluções para problemas que, muitas vezes são comuns a muitos países, daí a importância em convergir esforços por uma governança global, e a urgência na prática da internacionalização de políticas públicas de sucesso. Os processos de globalização são, como dissemos, complexos e contraditórios: além da economia (comércio e finanças) e da tecnologia, também se internacionalizam as interações sociais e os intercâmbios entre atores governamentais, burocráticos e não governamentais. Nesse sentido, gestores e políticos responsáveis pela implementação de políticas públicas (nas áreas da saúde, educação, cultura etc.) tendem a desenvolver cada vez mais redes de intercâmbio para além das fronteiras nacionais.

No campo da saúde, deve-se considerar o papel dos agentes de saúde e do movimento sanitário, que, tradicionalmente, preocupam-se e estão atentos aos problemas transnacionais de difusão de doenças. As Nações Unidas, e mais particularmente a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana de Saúde, também estimulam as trocas de informações e de boas práticas de políticas públicas de saúde. Uma das maneiras de interpretar e explicar o processo bastante intenso nos anos mais recentes de intercâmbio de “boas práticas” no campo da saúde diz respeito ao conceito de *policy transfer*, ou transferência de políticas públicas. A revisão da literatura existente ressalta alguns termos que são correlatos, como *policy transfer*, *lesson-drawing*, *policy convergence* e *policy diffusion*. Mesmo que a terminologia e o foco possam variar um pouco, todos os estudos concordam com um processo similar; então, para fins deste trabalho, adotaremos o termo *policy transfer* por acreditarmos que ele abrange o fenômeno a ser analisado. Nossa pretensão é enumerar seus principais autores, seus postulados e seus questionamentos. Iniciaremos, então, com as palavras de um dos precursores desse campo:

Todos os países têm problemas e cada um acha que seus problemas são únicos (...) Contudo, problemas que são únicos para um país (...) são anormais (...) os tomadores de decisão de políticas nas cidades, nas regiões, nos governos e nas nações podem aprender de suas contrapartes a resposta de outros lugares. (ROSE, 1991, p. 3)

Cumpra aqui citar a relevante contribuição de Dolowitz e Marsh (2000): o primeiro, professor da Universidade de Liverpool, e o segundo, da Universidade de Birmingham, ambas na Inglaterra. Segundo esses autores, pode-se afirmar que, ao analisar a literatura existente sobre globalização, percebe-se que nenhuma nação no mundo atual consegue isolar totalmente sua economia das forças e pressões da

economia mundial. E, com o crescimento das comunicações, os países têm como analisar sistemas políticos, ideias e políticas de toda parte do mundo antes de decidirem por suas políticas, tirando dessa experiência interativa importantes lições de aprendizagem sobre o que deve e o que não deve ser replicado. Eles ressaltam a importância de analisar o papel dos indivíduos e das instituições nesse processo, assim como levantar as dificuldades encontradas (DOLOWITZ E MARSH, 2000). No artigo publicado em 1996, Dolowitz e Marsh relataram a necessidade de se responder a sete questões expressas no Quadro 01 abaixo:

Quadro 01: As sete questões do *policy transfer*.

|                                                            |
|------------------------------------------------------------|
| <b>1. O que é <i>policy transfer</i>?</b>                  |
| <b>2. Quem transfere as políticas?</b>                     |
| <b>3. Por que ocorre o <i>policy transfer</i>?</b>         |
| <b>4. O que é transferido?</b>                             |
| <b>5. Existem níveis diferentes de transferência?</b>      |
| <b>6. Da onde as lições são aprendidas?</b>                |
| <b>7. Quais são os problemas existentes na literatura?</b> |

Fonte: DOLOWITZ, David e MARSH, David (2000, p. 7). Com adaptação e tradução da autora.

Para ilustrar melhor as sete questões acima, sugerimos a análise do Quadro 02, apresentado a seguir, elaborado pelos autores acima citados.

Quadro 2: O enquadramento do *policy transfer* (PT).

| <b>O ENQUADRAMENTO DO <i>POLICY TRANSFER</i> (PT)</b>   |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Por que transferir (e de que forma)?</b>             | Voluntária                                                                                                                                                                                       | Lições de Aprendizagem (racionalidade perfeita).                                                                                       |
|                                                         | Mista                                                                                                                                                                                            | Lições de Aprendizagem (racionalidade limitada), pressões internacionais, externalidades, condicionalidades, empréstimos e obrigações. |
|                                                         | Coercitiva                                                                                                                                                                                       | Imposição direta, pressão de grupos e partidos políticos, políticas, empresários e especialistas.                                      |
| <b>Quem está envolvido na transferência?</b>            | Funcionários eleitos, burocratas e servidores civis, instituições, ideologias, atitudes e valores culturais, consultores, think tanks, corporações transnacionais e instituições supranacionais. |                                                                                                                                        |
| <b>O que é transferido?</b>                             | Políticas e programas bem-sucedidos e lições negativas.                                                                                                                                          |                                                                                                                                        |
| <b>De quem é transferido?</b>                           | Do passado                                                                                                                                                                                       | Internamente e globalmente.                                                                                                            |
|                                                         | Na nação                                                                                                                                                                                         | Governos estaduais, municipais e autoridades.                                                                                          |
|                                                         | Entre nações                                                                                                                                                                                     | Organizações internacionais, governos (regionais, estaduais e locais) e relações passadas.                                             |
| <b>Quais os níveis de transferências?</b>               | Cópia, emulação, misto e inspiração.                                                                                                                                                             |                                                                                                                                        |
| <b>Há restrições na transferência?</b>                  | Complexidade política, políticas antigas, viabilidade estrutural institucional, linguagem.                                                                                                       |                                                                                                                                        |
| <b>Como demonstrar o PT?</b>                            | Mídia, relatórios (comissionados ou não), conferências, reuniões/visitas e declarações (escritas e verbais).                                                                                     |                                                                                                                                        |
| <b>Como o PT pode conduzir ao fracasso da política?</b> | Transferência: não uniforme, incompleta ou inapropriada.                                                                                                                                         |                                                                                                                                        |

Fonte: DOLOWITZ, David; MARSH, David (2000, pág. 9). Com adaptação e tradução da autora.

Tomaremos, então, essas sete questões como ponto de partida acerca do tema *policy transfer* e, à medida que formos tentando responder a cada uma delas, utilizaremos, basicamente, as ideias de Dolowitz e Marsh (1996, 2000) e Rose (1991),

autor recorrentemente citado pelos dois primeiros. Feito isso, acrescentaremos as contribuições de outros autores que consideramos relevantes em nosso estudo: Evans e Davies (1999), Stone (2004), Mossberger e Wolman (2003), bem como Bulmer e Padget (2005).

### 1. O que é *policy transfer*?

Dolowitz e Marsh (1996) cunharam a definição mais utilizada, que tomaremos como base para fins deste trabalho, ao definir *policy transfer*:

Um processo no qual o aprendizado de políticas, arranjos administrativos, instituições etc. em um tempo e/ou lugar são usados no desenvolvimento de políticas, arranjos administrativos em outro tempo e/ou lugar. (DOLOWITZ E MARSH, 1996, p. 344)

Eles complementam que, em relação à evolução na pesquisa desse assunto, podemos afirmar que o tema tenha emergido da literatura política. Antes dos anos 1940, os trabalhos eram comparativos, descritivos e centralizados no governo. A partir dessa época, eles passaram a analisar, com maior profundidade, a relação entre o Estado e a sociedade civil. Na década de 1960, prevaleceram os estudos comparando políticas. Já os anos 1980 foram marcados por uma revisão crítica, em que era muito questionado o fato de os estudos falarem muito do processo em si e pouco, do conteúdo.

### 2. Quem transfere as políticas?

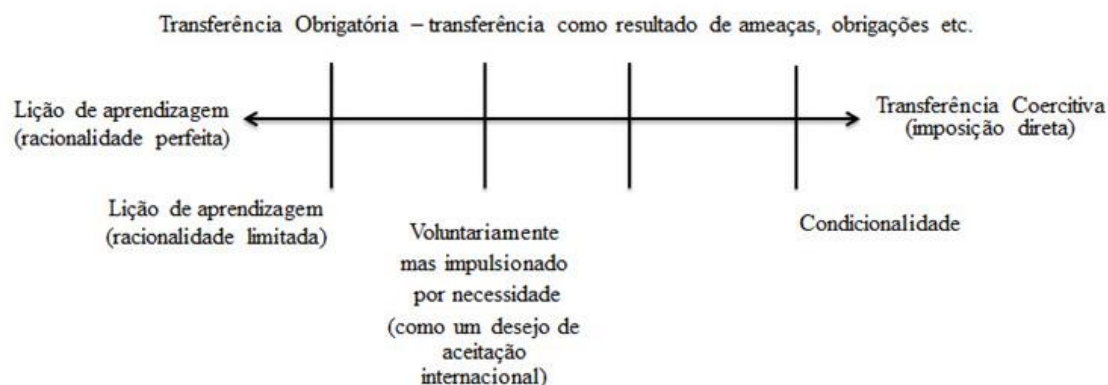
Ao falarem dos atores envolvidos, Dolowitz e Marsh (1996), após uma análise da literatura existente, destacaram seis categorias de atores: oficiais eleitos, burocratas e servidores civis, grupos de pressão, empresários políticos e *experts* e instituições supranacionais. Rose (1993) ressalta a importância dos empresários políticos e *experts* na divulgação das lições aprendidas, já que esses as divulgam através de uma rede internacional de contatos. Dolowitz e Marsh (2000) também ressaltam o papel desses atores, afirmando que os tomadores de decisão de políticas aceitam seus aconselhamentos sobre o que seriam boas práticas. No entanto, eles fazem a ressalva de que esses atores não querem apenas harmonizar o mundo e que suas indicações são

influenciadas por seus interesses. E exemplificam que, quando organizações mundiais, como o FMI ou o Banco Mundial, envolvem-se numa política, recomendam, muitas vezes, que sejam utilizados seus consultores. Assim, ressaltam o importante papel das organizações internacionais, governamentais ou não, na difusão de ideias e programas pelo mundo (*Ibidem*).

### 3. Por que ocorre o *policy transfer*?

Segundo Dolowitz e Marsh (1996), são vários os motivos de que se podem tirar lições, a partir de casos já ocorridos, para inspirar futuras transferências de políticas, que podem ser classificadas em três grupos: transferência voluntária, transferência coercitiva direta e transferência coercitiva indireta. Acredita-se que a motivação da transferência voluntária seja algum tipo de insatisfação e que, se as políticas do governo funcionassem perfeitamente, não haveria necessidade de procurar lições em outras nações. Já a transferência coercitiva direta ocorre quando um ator força o outro a adotar uma política, o que é raro ocorrer de país para país (salvo no caso de superpotências); comumente, é utilizado pelas instituições supranacionais. Por fim, na transferência coercitiva indireta, eles citam o papel da externalidades, que resultam da interdependência, e que, sem dúvida, pressionam os governos a agir de forma conjunta, buscando resolver problemas em comum. E complementam afirmando que um consenso mundial sobre um determinado tema, por exemplo, também pode ser considerado um fator de transferência coercitiva indireta, uma vez que, forjado o consenso, mundialmente se torna mais difícil resistir e optar por caminhos originais. O caso do Consenso de Washington, apresentado anteriormente, ilustra esse processo perfeitamente. Percebe-se, no artigo de Dolowitz e Marsh (2000), que os autores buscam uma forma de distinguir e de delimitar as transferências voluntárias das coercitivas, mas afirmam que distingui-las simplesmente seria simplificar demais o processo. Nesse esforço, eles optam por construir um gráfico contínuo, onde, numa extremidade, localizam-se as lições de aprendizagem; mais adiante, estão as transferências voluntárias e, chegando à outra ponta, as transferências coercitivas, como podemos analisar a seguir na Figura 02.

Figura 02: Da lição de aprendizagem à transferência coercitiva.



Fonte: DOLOWITZ, David; MARSH, David (2000, pág. 13). Com adaptação e tradução da autora.

Podemos afirmar que muitos casos de transferência envolvem tanto elementos voluntários quanto coercitivos, e o contínuo nos auxilia a ter uma ideia de onde determinado tipo de transferência melhor se encaixaria na reta apresentada pelos autores.

#### 4. O que é transferido?

Quanto aos objetos de transferência, destacam-se: políticas de sucesso, estrutura e conteúdo ou técnicas administrativas, instituições, ideologias, ideias, atitudes e conceitos e lições negativas (DOLOWITZ e MARSH, 1996). É importante ressaltar que não temos como pensar o *policy transfer* apenas para experiências de transferências de sucesso, e podemos afirmar que existem três fatores básicos para o fracasso de uma política. O primeiro ocorre quando o país não tem informação suficiente sobre como transferir a política, que é denominada de transferência não uniforme. O segundo acontece quando elementos cruciais para o sucesso da transferência não são copiados, denominado transferência incompleta. O terceiro tipo ocorre quando não foi dada atenção suficiente aos contextos econômicos, sociais e políticos durante a transferência, denominado transferência inapropriada. Dolowitz e Marsh (2000) preocupam-se em fazer uma distinção entre os termos “políticas” e “programas”, afirmando que o primeiro corresponde a afirmações amplas que mostram a direção que os tomadores de decisão pretendem tomar, e o segundo diz respeito especificamente aos caminhos de

ação para implementar a política, e afirmam que ambos podem ser objeto de transferência.

#### 5. Existem diferentes níveis de transferência?

Dolowitz e Marsh (1996) citam Rose (1993) para afirmar que existem diferentes níveis de transferência: cópia – quando se replica sem fazer nenhuma mudança; emulação – quando se copiam algumas ideias, alterando detalhes; hibridização e síntese – quando se combinam ideias de dois ou mais programas em um programa novo; e inspiração – quando um programa é usado apenas para inspirar o pensamento para gerar um novo programa.

Ressaltamos que, no caso da cópia, em que não há nenhuma mudança ou adaptação, o programa originalmente criado para um determinado país pode não se adaptar perfeitamente às condições do país onde ele será copiado, já que dificilmente o contexto político, cultural e econômico dos dois países será o mesmo. Acreditamos que os outros níveis de transferência, por permitirem algum tipo de mudança, sejam mais suscetíveis de se tornarem práticas de sucesso.

#### 6. De onde as lições são aprendidas?

Acredita-se que o primeiro lugar de onde se podem tirar lições seja de dentro do próprio país. É importante aprender com o passado — o que já foi feito no seu país ou em outros países é uma ferramenta útil de pesquisa que permite aprender com o que deu certo e o que deu errado (DOLOWITZ e MARSH, 1996). Sendo assim, podemos afirmar que os tomadores de decisão das políticas podem se inspirar, analisando três níveis de governança: o local, o nacional e o internacional (DOLOWITZ e MARSH, 2000). Analisando sobre que fatores poderiam prejudicar ou ajudar o *policy transfer*, devemos citar as seis hipóteses de Rose (1993): programas com um único objetivo são mais transferíveis que programas com muitos; quanto mais simples o programa, mais fácil será a transferência; quanto mais direta for a relação entre o problema e a solução, mais fácil será a transferência; quanto menos se percebem os efeitos colaterais da política, maiores são as possibilidades de transferência; quanto mais informações existirem sobre como operar o novo programa, mais fácil de transferir ele será; por fim,

quanto mais facilmente puderem ser previstos os resultados, mais simplesmente o programa será transferido.

### 7. Quais são os problemas existentes na literatura?

Segundo Dolowitz e Marsh (1996), alguns autores consideram o *policy transfer* uma variável independente, usando o processo em si para justificar a escolha da política. Porém, para outros autores, como Rose, por exemplo, o *policy transfer* é uma variável dependente, preocupada em explicar por que a transferência ocorre. Os autores aceitam ambos os argumentos, mas acreditam mais no *policy transfer* como variável dependente. Eles citam, como outro problema na literatura, o fato de alguns considerarem o *policy transfer* como um resultado do pluralismo dos atores envolvidos, enquanto outros o consideram como consequência do poder de alguns em transferir suas visões para outros. Eles também questionam o fato de poucos estudos focalizarem diretamente o processo envolvido, ou seja, a maior parte da literatura é direcionada para descrever a transferência em si.

Já, segundo Evans e Davies (1999), o campo de estudo do *policy transfer* tem uma natureza difusa: não possui idioma único nem teoria e metodologia unificadas. Ressaltam a importância de se analisar como as redes de relações interorganizacionais se desenvolvem e ajudam no processo de transferência. Essas redes, somadas à literatura existente podem se integrar e desenvolver a noção de rede de *policy transfer*, que funciona em diferentes níveis. Eles acreditam que o *policy transfer* precisa ser entendido numa perspectiva multiníveis e multidisciplinar, e criticam o fato de a literatura atual só fornecer uma série de variáveis dependentes. Afirmam que, para ir adiante, é necessário analisar o papel das estruturas globais, internacionais, transnacionais e domésticas. E sugerem uma sequência de passos, sob forma de questionamentos, para se entender melhor o *policy transfer*, sendo a função deles descobrir qual seria o fenômeno estudado, quem são os agentes de transferência, se existe evidência de não transferência, qual a evidência oferecida para dar suporte à reivindicação e que conclusão pode ser tirada da natureza e extensão da transferência. Por fim, concluem que *policy transfer* é uma ação orientada e atividade intencional que ocorre num universo multiorganizacional, devendo ser analisada em três níveis: global,

internacional e transnacional, além do nível macro do estado e o nível interorganizacional.

Stone (2004) foca seu artigo, especificamente, no papel dos atores internacionais, organizações internacionais, Estados e atores não estatais no processo de *policy transfer*, com a intenção de sugerir uma dinâmica para a transnacionalização dos resultados e corrigir a tendência metodológica do nacionalismo presente em grande parte dos primeiros trabalhos. Ela ressalta que, na maioria das vezes, o *policy transfer* não ocorre envolvendo apenas dois Estados, e que, comumente, as redes transnacionais de transferência aderem ao processo. Pode-se afirmar que as organizações internacionais são veículos para se chegar a respostas comuns em diversos campos. A União Europeia (UE), por exemplo, é uma instituição importante para estimular a união dos estados-membros em torno de determinadas políticas. A OCDE também atua como um agente de transferência, disseminando as informações que julgar necessárias para fornecer sua visão de futuro. O Banco Mundial também tem como estratégia divulgar seus conhecimentos. É importante ressaltar que a coerção não é a forma mais utilizada pelas organizações internacionais para disseminar as boas práticas, muito embora, no caso dos países frágeis, a capacidade de resistir possa ser reduzida. Ao falar de atores não estatais, estamos falando de organizações não governamentais (ONGs), como institutos de pesquisa, empresas de consultoria, fundações filantrópicas, centros universitários etc. Por fim, a autora enaltece a importância das redes globais de políticas públicas que representam uma maneira informal de disseminar ideias e modelos políticos. As redes constroem consensos, permitem que os atores atuem fora dos seus contextos domésticos e vejam suas filosofias projetadas globalmente.

Podemos afirmar que, para qualquer formulador de políticas, avaliar o efeito de um programa antes de ele ser posto em prática é uma tarefa difícil. Mossberger e Wolman (2003) chamam esse processo de avaliação prospectiva das políticas, afirmando que existem várias maneiras de se fazer isso, que vão desde as mais formais (experimentos sociais, grupos de controle, modelagem formal, entre outras) às mais informais (aconselhamentos, depoimentos de especialistas, experiência pessoal, dentre outras). Eles afirmam que o *policy transfer* exige muito cuidado e informações preliminares e precisas sobre problemas e objetivos, desempenho das políticas e possíveis diferenças na configuração do programa a ser replicado. E, por fim, criticam o fato de faltarem estudos comparativos de casos.

Outro ponto a ser comentado é que, embora sejam vistas como importantes para o *policy transfer*, as organizações internacionais ainda são bastante negligenciadas pela literatura. Um exemplo disso é a pouca importância dada pelos estudiosos à União Europeia, que pode ser considerada uma plataforma significativa de transferência. Nela, são identificados três tipos de governança: a primeira é a hierárquica, que prevalece nas áreas políticas, como mercados individuais; a segunda é a que ocorre quando a UE procura instituir regras e normas comuns por consenso; e a terceira é a que ocorre quando os estados-membros coordenam uma política através da EU, e o *policy transfer* toma forma de troca voluntária, recebendo essa transferência a denominação de “unilateralismo facilitado” (BULMER e PADGET, 2005).

Acreditamos ter sido de grande importância para o objeto deste trabalho a análise da literatura acima exposta, já que o estudo do *policy transfer* amplifica nossa visão sobre a internacionalização de políticas públicas, listando as diversas variáveis envolvidas e recomendando que se faça uma análise acurada tanto das boas práticas quanto das lições negativas. E será justamente sobre essas boas práticas, sobre as lições de sucesso brasileiras no campo da saúde que nos debruçaremos no item a seguir.

### **2.3 A TRANSFERÊNCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO CAMPO DA SAÚDE: O PAPEL DO BRASIL COMO ATOR DA COOPERAÇÃO SUL-SUL**

Seguindo nossa análise, vamos procurar, primeiramente, situar o Brasil no contexto da cooperação internacional para o desenvolvimento, para depois, nos aprofundarmos em seu papel como ator da Cooperação Sul-Sul (CSS); por fim, explicitaremos quais são as políticas públicas internacionalizadas pelo País no campo da saúde.

De acordo com Puente (2010), a cooperação brasileira para o desenvolvimento tem como características o fato de ser implementada em bases não comerciais, sem fins lucrativos e sem condicionalidades políticas. O Brasil não tem tradição de ser doador líquido de recursos. Acredita-se que a cooperação brasileira tenha levado o País a um comportamento internacional com três características: maior poder de agenda internacional, maior responsabilidade militar e policial nos cenários de guerra e

catástrofes e novas responsabilidades quanto à questão da paz (HIRST, 2012). Segundo Puente (2010), o Brasil vem apoiando esforços de outros países para superar os desafios do desenvolvimento, compartilhando seus conhecimentos, suas experiências bem-sucedidas e ofertas de insumos de diferentes naturezas, com a intenção de corrigir assimetrias sociais e econômicas de outras nações. O Governo brasileiro tem como pretensão aprovar em breve um novo marco legal para a cooperação que o País presta e, com isso, implementar um novo modelo que englobe recursos técnicos, gerenciais e operacionais (IPEA, 2010-b).

A cooperação brasileira durante o período 2005-2009 alcançou uma cifra próxima a R\$ 2,9 bilhões, em valores correntes, sendo que mais de 76% desses valores corresponde a contribuições para organizações internacionais e bancos regionais, cabendo às demais modalidades (assistência humanitária, bolsas de estudo e cooperação técnica) quase 24% do total. A cooperação praticamente dobra entre 2005 e 2009. A assistência humanitária e a cooperação técnica registram aumentos absolutos e expressivos durante o período acima citado (IPEA, 2010-a). Essa sextuplicação de recursos aplicados nessas duas modalidades constitui um sinal inequívoco da crescente importância que o Brasil tem atribuído à cooperação internacional. As bolsas de estudo para estrangeiros, outra modalidade na qual o Brasil é tradicional cooperante, contribuem com mais de R\$ 284 milhões durante o período (quase 10% do total), sendo a segunda modalidade que mais destina recursos internacionalmente, depois das contribuições a organismos internacionais. As contribuições para organizações internacionais registram, também, um aumento consistente durante esses anos, passando de quase R\$ 300 milhões em 2005, para mais de R\$ 495 milhões em 2009, um aumento, em termos reais, de quase 50% entre 2005 e 2009 (IPEA, 2010-a).

Com relação à CSS, o Brasil tem tido forte participação em fóruns regionais e internacionais, o que dá visibilidade à cooperação brasileira e é fundamental para seu contínuo crescimento. Outra característica do País é cumprir o papel de interlocutor preferencial dos países desenvolvidos, dos países em desenvolvimento e também de organismos e agências internacionais (PUENTE, 2010). Ser interlocutor preferencial significa que o Governo brasileiro, tendencialmente, não encontra resistências políticas quando se propõe a desempenhar papel de mediador, a negociar entre diferentes atores (do Norte e do Sul) ou, ainda, a construir coalizões políticas com outros países em

desenvolvimento e na OMC, por exemplo, e potências emergentes (Fórum IBAS, Índia, Brasil e África do Sul, desde 2003, por exemplo).

Apesar de a CSS ser cada vez mais difundida no Brasil e no mundo, ainda não há um consenso sobre sua definição e conceitos. Isso se deve, em parte, à diversidade de atores e à falta de dados e teoria a seu respeito, explicada, em parte, pelo seu recente surgimento. Segundo Hirst (2012, p. 10), o Brasil entende por CSS:

Uma ação institucional de oferta de bens públicos provenientes de suas agências e de organismos estatais. Esta ação pode ou não contar com a participação das organizações civis e entidades privadas, afirmando-se como uma ação desvinculada de interesses comerciais e de investimentos diretos em outros países.

Graças à sua experiência já adquirida internamente e aos problemas sociais que persistem no âmbito doméstico, o Brasil tem sido um importante colaborador em ações conjuntas com a Comunidade de Países de Língua Oficial Portuguesa (CPLP), concentrando-se nas seguintes áreas: desenvolvimento empresarial e formação profissional, saúde, telecomunicações, agricultura e administração pública (PUENTE, 2010). Um problema encontrado na CSS é que não existe um órgão de coordenação de ações, a exemplo do Comitê de Ajuda ao Desenvolvimento (CAD) para a Cooperação Norte-Sul (CNS) no seio da OCDE. Muitos países em desenvolvimento não têm registro de suas ações, volumes e destinatários, o que dificulta muito a análise da dimensão e do progresso da CSS (PUENTE, 2010). Segundo Hirst (2012), podemos considerar também outros dois entraves à CSS: o fato de os países que cooperam nessa modalidade terem recursos financeiros limitados e a característica dos países que recebem essa cooperação serem, muitas vezes, de grande fragilidade institucional. Isso dificulta que os programas iniciados pela Cooperação deixem um legado para o futuro e não sejam apenas ações pontuais. Colacrai (2009) lista algumas considerações que julga de utilidade para o progresso da CSS: valorizar a natureza política e os objetivos de mudança da CSS; especificar as particularidades dessa cooperação; reconhecer e articular a ampla gama de ações que constituem essa cooperação; articular um novo conceito de Sul (num sentido não geográfico, e sim de países periféricos aos centrais) e diferenciar a cooperação triangular Norte-Sul da cooperação multilateral Sul-Sul. Acredita-se também que, para um maior sucesso da CSS, os países participantes desse tipo de cooperação deveriam incluir em sua agenda as seguintes ideias: melhorar a

definição de ofertas de cooperação; criar, melhorar e unificar os sistemas de informação; criar critérios-padrão para sistematizar as boas práticas e, por fim, melhorar os métodos de avaliação (SELA, 2011).

De acordo com a pesquisa do INESC (2012), a CSS brasileira depara, atualmente, com alguns desafios: os recursos são poucos (correspondem a 0,02% do PIB do País); a cooperação bilateral só fica com  $\frac{1}{4}$  da verba da cooperação (o restante vai para organizações internacionais e bancos); não existe um marco regulatório adequado nem instrumentos para coordenar a cooperação; as fronteiras são, por vezes, muito tênues entre o sentido público e os interesses comerciais e políticos; por fim, o fato de, apesar dos esforços recentes em divulgar dados sobre a cooperação, ainda se saber muito pouco sobre as ações e seus resultados. O Governo brasileiro tem dado prioridade à cooperação com a América do Sul, sendo o Banco Nacional do Desenvolvimento (BNDES) uma das principais instituições de que o País se utiliza para ganhar poder e influência. Muito embora o relatório do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2010, e a ABC não incluam os empréstimos do Banco no âmbito oficial da CSS brasileira, o BNDES cada vez ganha mais espaço no cenário internacional e atua fazendo empréstimos subsidiados, estimulando as exportações e a internacionalização de empresas nacionais, especialmente as do setor de construção civil, tais como Andrade Gutierrez, OAS, Queiroz Galvão e Odebrecht (INESC, 2012).

Entrando agora mais especificamente na CSS no campo da saúde, podemos afirmar que, na América do Sul, desde a década de 1970, aconteceram algumas tentativas de integração de esforços. De acordo com Santana (2010), a saúde tem muita importância dentro das relações internacionais em todo o mundo, e na América Latina não é diferente. O autor ressalta que, à época da criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, já existia a Oficina Sanitária Pan-Americana, precursora da atual Organização Pan-Americana de Saúde. Segundo Buss e Ferreira (2011), em 1971 foi criado o Organismo Andino de Saúde, um órgão intergovernamental que pertence ao Sistema Andino de Integração, com a intenção de realizar ações coordenadas para problemas comuns. Há também o MERCOSUL Saúde, formado pela reunião de Ministros da Saúde, e o Subgrupo de Trabalho de Saúde nº 11 (SGT 11), que engloba assuntos como medicamentos, sistemas de saúde universais, vigilância sanitária, política de saúde nas fronteiras, entre outras. Em 1978 foi criada a Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA), que busca o desenvolvimento harmônico da Bacia

Amazônica e se organiza por meio de comissões, sendo uma delas a de Saúde, denominada Centro de Saúde Alternativa Muribeca (CESAM). Já a União de Nações Sul-Americanas (UNASUL) foi oficializada em 2008, em Brasília, reunindo doze países da região <sup>11</sup>, cujo objetivo era, segundo Buss e Ferreira (2011, p. 2702):

Constituir, de forma participativa e consensual, um espaço de integração e união nos campos cultural, social, econômico e político entre seus povos, outorgando prioridade ao diálogo político, às políticas sociais, saúde, educação, energia, infraestrutura, financiamento e meio ambiente, entre outros, com vistas a eliminar as desigualdades socioeconômicas.

O Conselho da UNASUL se reuniu pela primeira vez em abril de 2009, no Chile, onde foi desenvolvido um Plano Quinquenal de Saúde 2010/2015, cujos principais temas são: vigilância em saúde, sistemas universais de saúde, acesso universal a medicamentos, promoção da saúde e determinantes sociais em saúde, além do desenvolvimento de recursos humanos em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Cumprir também a criação, em abril de 2010, de uma entidade intergovernamental integrante do Conselho de Saúde da UNASUL, denominada Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS). O Brasil, então no Governo Lula, ofereceu-se para mantê-lo, dando o devido aporte financeiro. Os objetivos do Instituto são: tornar-se um centro de pensamento estratégico; promover o intercâmbio no campo da governança em saúde; formar lideranças de sistemas, serviços, organizações e programas na área de saúde e prestar assessoramento técnico. Tendo ficado acertado que até o fim de 2012, o Brasil entregaria a gestão do Instituto, que se tornaria uma organização internacional e teria sua gestão dividida pelos países-membros<sup>12</sup>.

No âmbito nacional, podemos afirmar que existe uma preocupação do Ministério da Saúde brasileiro em desenvolver mecanismos para facilitar as ações de política externa na área da saúde; para isso, foi criada a Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde (AISA), com o intuito de incentivar, coordenar e acompanhar a implementação de ações e programas. Através do Ministério da Saúde, o Brasil firmou

---

<sup>11</sup> Os seguintes países faziam parte da UNASUL no momento de sua fundação: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Paraguai, Peru, Suriname e Uruguai.

<sup>12</sup> Informações obtidas com nosso entrevistado nº 23, em 16/08/2012, na sede do ISAGS no RJ.

uma série de compromissos no cenário internacional em relação ao tema da saúde, e busca seguir as resoluções de cada um deles (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A cooperação internacional do Brasil figura ao lado dos sete eixos estratégicos do Ministério da Saúde: atenção à saúde, promoção da saúde, participação e controle social, qualificação da gestão, força de trabalho em saúde e complexo industrial da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Nesse contexto, podemos destacar a comprometimento brasileiro com as seguintes ações:

- a Resolução CE142.R14, aprovada na 142ª Sessão do Comitê Executivo da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS), que trata de um comprometimento com o desenvolvimento sanitário nacional;

- a Declaração de Oslo, assinada em 2007, na qual os ministros de Relações Exteriores do Brasil, França, Indonésia, Noruega, Senegal, África do Sul e Tailândia confirmam a necessidade de se desenvolver uma política externa voltada para a saúde global e situações de crise e emergências sanitárias;

- a “Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017”, que busca elaborar planos de saúde e planos estratégicos das organizações interessadas na cooperação em saúde, tendo como princípios: direitos humanos, universalidade, acessibilidade e inclusão; solidariedade pan-americana; equidade em saúde e participação;

- a Declaração de Buenos Aires 30-15 de Alma-Ata à Declaração do Milênio, que ressalta a importância da estratégia de atenção primária em saúde, assinada em 2007, na Argentina;

- o Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio de 2007, onde os ODM 4, 5 e 6 estão diretamente relacionados com o tema da saúde, buscando melhores padrões de saúde física e mental;

- a OPAS/OMS vem considerando a segurança sanitária mundial uma das prioridades uma vez que sempre estão aparecendo novas doenças e ressurgindo antigas. Nesse contexto, são destacados oito temas: enfermidades emergentes; estabilidade econômica; crises internacionais e emergências humanitárias; terrorismo químico, nuclear e biológico; mudanças climáticas; HIV/AIDS; manutenção da segurança sanitária; fortalecimento dos sistemas de saúde e mudanças climáticas e saúde;

- o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), adotado em 2005 pela Resolução da 58ª Assembleia Mundial da Saúde, que exige que cada Estado-membro desenvolva suas capacidades básicas de saúde pública nos níveis primário, intermediário e nacional;

- a adoção da Estratégia Global e Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual, durante a 61ª Assembleia Mundial de Saúde, em 2008, que introduz o tema da propriedade intelectual na OMS, reconhecendo a importância de se priorizar a saúde pública sobre as questões comerciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

É importante ressaltar a criação, em 2009, do Grupo Temático de Cooperação Internacional em Saúde (GT-CIS), que criou um documento de referência para a cooperação internacional. Quanto às áreas geográficas, as prioridades são a América do Sul, Haiti, Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), demais países africanos e da América Latina e Caribe. Para isso, foram definidas sete linhas estratégicas de ação:

- a) O Grupo Temático de Cooperação Internacional em Saúde, o GT-CIS – visa fortalecer o diálogo entre as áreas técnicas do Ministério da Saúde para temas relativos à cooperação em saúde;
- b) o Grupo Técnico de Saúde da CPLP / PECS-CPLP – possui um Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS) para o período de 2009/2012, que reflete o comprometimento coletivo de cooperação estratégica entre os Estados-membros da CPLP, no setor da saúde;
- c) a Rede Sul-Americana de Cooperação Técnica em Saúde (REDESSUL) – em 2010 foi desenvolvido o Plano Operativo para 2010-2011 e aprovada a criação do Boletim Informativo da REDESSUL-ORIS, a cargo do Brasil;
- d) o Boletim “Cooperação Saúde” – criado em 2009, com a intenção de divulgar as ações em curso do Ministério da Saúde, é desenvolvido pela AISA;
- e) o aprimoramento da gestão de Projetos /Resgate da Memória Institucional – em 2009 foi implantado o Sistema de Acompanhamento de Projetos e Atividades de Cooperação Internacional, o SISCOOP, que registra e sistematiza informações sobre projetos;
- f) o fortalecimento das Ações de Assistência Humanitária – em 2008-2010, foi priorizado o fortalecimento dessas ações, de forma a agilizar as doações;
- g) a qualificação de recursos humanos – a AISA tem investido na qualificação de técnicos do Ministério da Saúde, assim como do seu próprio corpo técnico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A AISA vem se ocupando também dos chamados temas especializados, que não são exclusivos da área da saúde, mas que a envolvem e, para isso, participa de diversos fóruns no Brasil e no exterior que tratam de temas diversos, passando por meio ambiente, direitos humanos, bioética, drogas e desarmamento. E com relação aos organismos internacionais, como a OMS, União Europeia, entre outros, a AISA se utiliza da Divisão de Temas Multilaterais, responsável pelo apoio às ações de cooperação bilateral em saúde com os países desenvolvidos, com a África do Sul, China, Índia e Rússia, além de participar do fóruns IBAS e BRICS (*ibidem*).

O mais recente relatório publicado pelo Ministério da Saúde data de 2011, e relata as atividades realizadas pelo Brasil com outros países ou grupos de países no ano de 2010, que resumimos no Quadro 03 abaixo:

Quadro 03: A cooperação brasileira por países ou grupos de países.

| PAÍS / GRUPO                                             | AÇÕES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>África do Sul</b>                                     | Foi realizada em maio a IV Comissão Mista entre Brasil e África do Sul, que discutiu: pesquisa e tecnologias em saúde, medicamentos, vacinas, kits de diagnóstico, HIV/AIDS, saúde reprodutiva, gestão hospitalar, recursos humanos, experiência do sistema universal de saúde do Brasil, promoção do acesso a medicamentos, propriedade intelectual, entre outros pontos. Em julho foi assinada a Declaração sobre o Estabelecimento de uma Parceria Estratégica entre o Brasil e a África do Sul, que inclui um capítulo na área da saúde. |
| <b>Agrupamento Brasil, Rússia, Índia e China (BRICS)</b> | A AISA recebeu os coordenadores do Grupo de Estudo sobre o Agrupamento BRICS com o intuito de levantar as atividades de cooperação bilateral para identificar temas comuns de cooperação.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Canadá</b>                                            | Realizou-se videoconferência a fim de consolidar as áreas de cooperação já em andamento e identificar novos campos para serem inseridos no âmbito da cooperação entre o Brasil e o Canadá.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>China</b>                                             | Os governos da China e do Brasil assinaram o Plano de Ação Conjunta Brasil-China 2010-2014 (PAC) para definir caminhos da parceria estratégica entre os dois países, além de fixar metas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

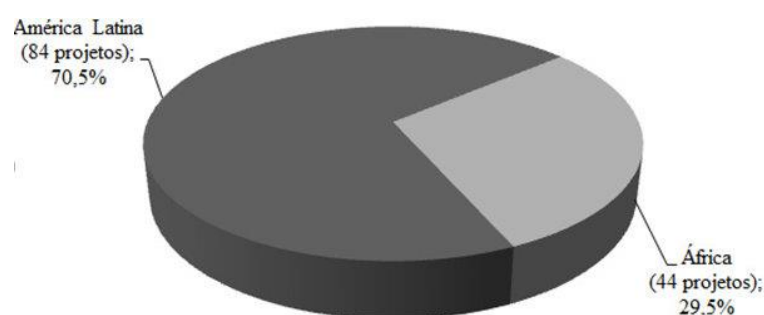
|                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                           | concretas para a cooperação bilateral nos próximos cinco anos.                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Dinamarca</b>                                                          | Ocorreu em Salvador, entre 30 de junho e 2 de julho, a Cúpula Latino-Americana sobre Diabetes, que teve como copatrocinador o Ministério da Saúde do Brasil.                                                                                                                                                                     |
| <b>EUA</b>                                                                | O então Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, visitou os EUA em setembro, com o objetivo de promover o setor farmacêutico e de produtos médicos.                                                                                                                                                                               |
| <b>Cooperação Bilateral Brasil-EUA em Pesquisa Clínica, Análise Ética</b> | Foram apresentados ao Governo brasileiro cerca de 38 protocolos de pesquisas clínicas, para a submissão ao sistema CEP/CONEP, visando obter a aprovação dos protocolos de pesquisas na Análise Ética. Nesse ano, o Governo brasileiro aprovou 30 protocolos; os demais estão em análise/aprovação.                               |
| <b>Reino Unido</b>                                                        | Em fevereiro, representantes do <i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i> (NICE) visitaram o Brasil, tendo em vista estabelecer uma parceria na área de avaliação de tecnologias em saúde (ATS). Durante a visita, o lado britânico propôs cooperação por meio de processos de capacitação via universidades. |
| <b>Rússia</b>                                                             | Realizou-se, nos dias 7 e 8 de outubro, em Brasília, a reunião da VI Comissão Intergovernamental Brasil-Rússia de Cooperação Econômica, Comercial, Política e Tecnológica (CIC), na qual o Ministério da Saúde ampliou as áreas de cooperação já estabelecidas na Comissão de Alto Nível realizada no ano anterior.              |
| <b>Ucrânia</b>                                                            | Ocorreu em Brasília, nos dias 26 e 27 de agosto, a IV Reunião da Comissão Intergovernamental Brasil-Ucrânia de Cooperação Econômica e Comercial (CIC). À ocasião, acordou-se criar um novo grupo de trabalho específico para saúde (GT. 7 – Saúde).                                                                              |
| <b>Cooperação com a União Europeia (UE)</b>                               | Em dezembro ocorreu a IV Reunião do Comitê Diretivo de Cooperação Científica e Tecnológica entre o Brasil e a União Europeia (IV CDC), na qual foram discutidas a agenda e a ata do III CDC.                                                                                                                                     |
| <b>Diálogo Sub-Regional sobre Saúde Pública, Inovação e</b>               | Realizou-se no RJ, entre 21 e 23 de abril, evento intitulado Diálogo Sub-Regional sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual.                                                                                                                                                                                       |

|                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Propriedade Intelectual</b>                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>MICBA / ATS</b>                                                    | A AISA participou da primeira reunião do Mecanismo de Integração e Coordenação Brasil-Argentina (MICBA), no propósito de introduzir o tema das Avaliações de Tecnologias de Saúde (ATS) como tópico prioritário para a colaboração entre os dois países, no âmbito da MICBA.                                                     |
| <b>Preparação para a Pandemia de Influenza H5N1</b>                   | A AISA tem acompanhado o desenvolvimento das negociações do Grupo de Trabalho Intergovernamental sobre a Preparação para a Pandemia de Influenza (PIP – IGM).                                                                                                                                                                    |
| <b>Negociação Mercosul – União Europeia</b>                           | Desde 2000, o Mercosul e a UE vêm conduzindo negociações para formar uma área de livre comércio no âmbito do Acordo de Associação Inter-regional entre o Mercosul e a UE. O processo, contudo, estagnou em vista da grande distância entre as propostas dos dois lados. Recentemente, os dois blocos reiniciaram as negociações. |
| <b>Grupo de Trabalho sobre Contrafação de Produtos Médicos da OMS</b> | Durante a 63ª Assembleia Mundial da Saúde, em maio, houve a aprovação da Resolução WHA63 (10), na qual a Diretora-Geral foi convidada a instituir e facilitar o funcionamento de um Grupo de Trabalho (GT) sobre falsificação e contrafação de produtos médicos.                                                                 |
| <b>Conferência Mundial de Determinantes de Saúde – CMDSS</b>          | Em 2010, foram iniciados os preparativos para sediar a Conferência Global sobre Determinantes Sociais da Saúde, a ser realizada no RJ em outubro de 2011.                                                                                                                                                                        |
| <b>Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco</b>                     | A AISA acompanha o andamento das negociações do Protocolo do Comércio Ilícito de Produtos de Tabaco, da Conferência das Partes e das negociações de alguns artigos da Convenção, através de suas reuniões regulares.                                                                                                             |

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011. Com elaboração da autora.

Para ilustrar e facilitar a compreensão das ações brasileiras na área de saúde, permitindo-nos uma visão mais geral do assunto, sugerimos a análise das figuras a seguir, que são parte integrante do Relatório de Gestão 2010 da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde, publicado em 2011.

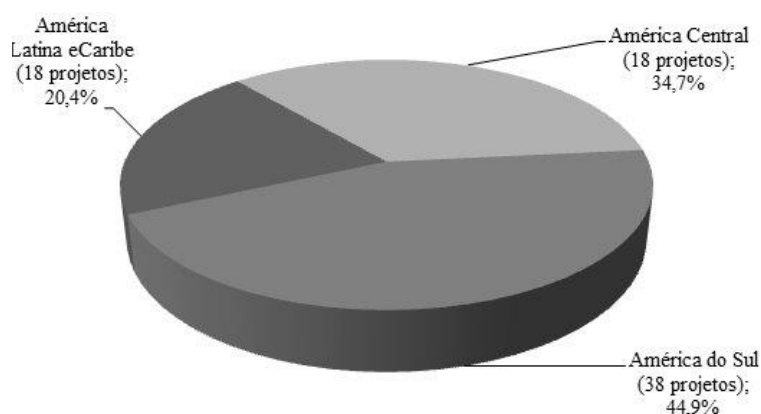
Figura 03: Projetos na África e América Latina.



Fonte: Divisão de Projetos AISA – Ministério da Saúde, dezembro de 2010.

A América Latina e a África são as regiões que têm maior número de projetos brasileiros. Como podemos verificar acima, na Figura 03, são 84 na América Latina, que representam 70,5%, e 44 na África, que correspondem a 29,5%.

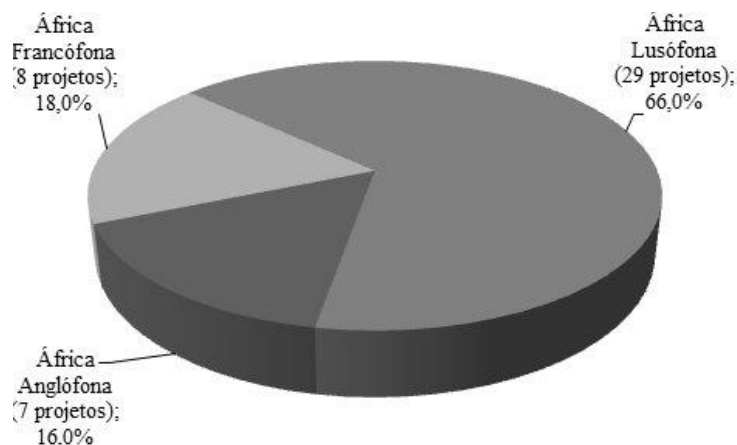
Figura 04: Projetos nas Américas.



Fonte: Divisão de Projetos AISA – Ministério da Saúde, dezembro de 2010.

A Figura 04 mostra os projetos divididos por três áreas geográficas: América Latina e Caribe, com 18 projetos (ou 20,4%); América Central, com 18 projetos (ou 34,7%); e América do Sul, com 38 projetos (ou 44,9% do total).

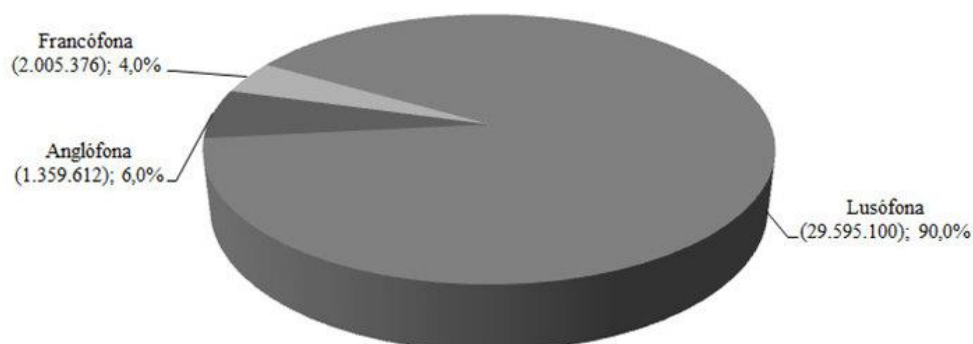
Figura 05: Projetos na África.



Fonte: Divisão de Projetos AISA – Ministério da Saúde, dezembro de 2010.

Especificamente sobre as regiões africanas, e dividindo-as pelos idiomas falados, a Figura 05 mostra que a parte francófona tem 8 projetos (ou 18%); a parte lusófona tem a maior parte dos projetos, 29 (ou 66%); e a parte anglófona tem 7 projetos (ou 16% do total).

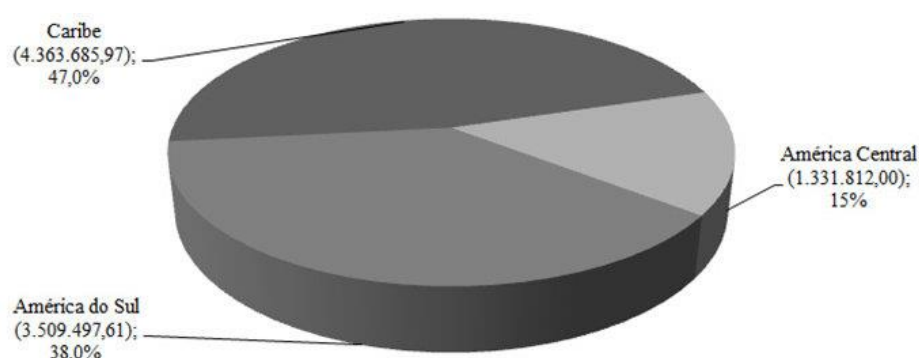
Figura 06: Recursos alocados na CTI com a África em US\$ - dez. 2010.



Fonte: Divisão de Projetos AISA – Ministério da Saúde, dezembro de 2010.

Na Figura 06 acima são apresentados os recursos alocados da Cooperação Técnica Internacional na África no ano de 2010, a saber: US\$ 2.005.376,00 (ou 4%) na parte francófona; US\$ 1.359.612,00 (ou 6%) na parte anglófona; e US\$ 29.595.100,00 (ou 90%) na parte lusófona.

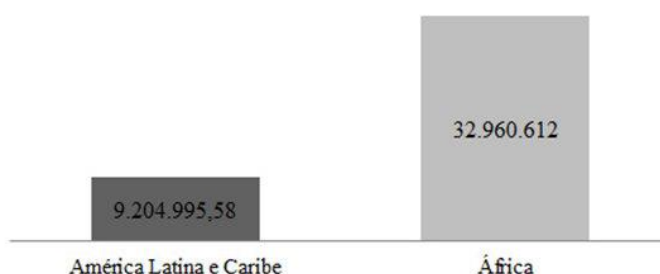
Figura 7: Recursos alocados na CTI com América Latina e Caribe em US\$ - dez. 2010



Fonte: Divisão de Projetos AISA – Ministério da Saúde, dezembro de 2010.

Quanto aos recursos alocados na Cooperação Técnica Internacional na América Latina e Caribe no ano de 2010, a Figura 07 informa que, no Caribe, foram investidos US\$ 4.363.685,97 (ou 47%); a América Central ficou com US\$ 1.331.812,00 (ou 15%); e a América do Sul, com US\$ 3.509.497,61 (ou 38%).

Figura 08: Recursos alocados na CTI com América Latina e Caribe / África em US\$ - dez. 2010.



Fonte: Divisão de Projetos AISA – Ministério da Saúde, dezembro de 2010.

Por fim, a Figura 08 faz uma comparação entre os recursos alocados em 2010 na América Latina e Caribe, US\$ 9.204.995,58, e os recursos direcionados à África, US\$ 32.960.612,00.

No caso das relações entre Brasil e Moçambique o Ministério da Saúde brasileiro apoia diversos projetos, destacando-se: (a) as atividades do Acordo Trilateral entre Brasil, Moçambique e Estados Unidos no controle do HIV/AIDS; (b) o mestrado em Ciências da Saúde na área de Pesquisa e de Laboratórios, em cooperação com o Instituto Nacional de Saúde (INS) / Ministério da Saúde (MISAU); (c) as atividades que contribuem para a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil, em cooperação com o MISAU, como capacitação de profissionais em serviço e implantação do Banco de Leite Humano e do Centro de Lactação; (d) a formação politécnica em saúde; (e) implanta a fábrica de antirretrovirais para o combate à AIDS e outros medicamentos.

A seguir, trataremos, mais especificamente, do banco de leite e da fábrica de medicamentos. Para falar do banco de leite, temos que retornar a 1943, quando foi criado no Brasil o primeiro Banco de Leite Humano, momento esse em que ninguém imaginava a importância e a proporção que essa ação ganharia no futuro. A partir de 1985, devido a investimentos da Fundação Oswaldo Cruz, o Banco de Leite foi crescendo, até se tornar, atualmente, a maior rede do mundo nessa área. Através do Centro de Referência Nacional (BLH-IFF/Fiocruz), foram desenvolvidos métodos de controle de qualidade a serem adaptados às necessidades de cada país onde o Banco de Leite fosse instituído. Essa política pública brasileira é muito vitoriosa, tendo sido premiada pela OMS em 2001 como a iniciativa que mais contribuiu para a redução da mortalidade infantil e promoção do aleitamento materno na década de 1990. Em fevereiro de 2012, foi realizada uma reunião em Maputo, com a presença do Ministro da Saúde de Moçambique, Ivo Garrido, o diretor do Instituto Fernandes Figueira, Carlos Maurício Maciel, e o coordenador da Rede de Bancos de Leite Humano, João Aprígio Guerra de Almeida. Nessa reunião, foi firmado o compromisso de fornecer apoio para a implantação de Banco de Leite Humano em Moçambique, uma estratégia de segurança alimentar e nutricional para recém-nascidos de risco (Cooperação Saúde nº 3, 2010).

Já sobre a fábrica de antirretrovirais para o combate à AIDS, temos que nos remeter ao ano de 2003, quando da visita do ex-presidente Lula a Moçambique, quando ele prometeu doar uma fábrica de antirretrovirais e outros medicamentos, a ser localizada em Maputo. Diante dos escassos recursos moçambicanos, a Vale do Rio

Doce, empresa brasileira que explora minas de carvão no país, comprometeu-se a doar US\$4,5 milhões para inteirar a contrapartida do Governo moçambicano nas obras. O Brasil credenciou-se para essa ação pelo fato de ter um programa de controle da AIDS de renome mundial. A fábrica será a primeira do continente 100% oriunda da Cooperação Sul-Sul. A princípio, em meados de 2012, a fábrica começou embalando apenas os medicamentos, mas, até 2014, toda a transferência de tecnologia terá terminado. O projeto produzirá 226 milhões de comprimidos de antirretrovirais/ano e mais 145 milhões de outros medicamentos. Isso permitirá que Moçambique, além do consumo interno, forneça, também, remédios para outros países da África (Cooperação Saúde nº 4, 2011).

Ao encerrar esse capítulo, voltamos então à nossa questão de pesquisa: “Quais são os projetos desenvolvidos pelo governo brasileiro em Moçambique no campo da saúde pública desde 2003?” E, após analisar o referencial teórico sobre cooperação, internacionalização de políticas públicas e *policy transfer* que dá suporte ao nosso tema, chegamos a alguns questionamentos adicionais que poderão nos auxiliar na resposta à questão principal:

| QUESTÕES                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quem são os atores envolvidos na transferência de políticas no campo da saúde feitas pelo Brasil a Moçambique?</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Por que o Brasil se engajou especificamente nessas transferências a Moçambique?</li> </ul>                                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O que foi realmente transferido?</li> </ul>                                                                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quais foram os fatores que ajudaram ou atrapalharam a transferência neste caso?</li> </ul>                                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Com base em que experiências o Brasil construiu as suas boas práticas para depois replicá-las em Moçambique?</li> </ul>   |

### **3 A COOPERAÇÃO OFERECIDA PELO BRASIL A MOÇAMBIQUE NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA DESDE 2003**

Este capítulo tem como objetivo situar inicialmente de que forma foi construído o Estado moçambicano após a independência de Portugal, seus dilemas no campo do desenvolvimento econômico, social, cultural e político, ressaltando, a seguir, a presença da cooperação internacional para o desenvolvimento, da Cooperação Sul-Sul e da cooperação brasileira neste país. Por fim, com base na matriz de análise que desenvolvemos para conduzir nossa pesquisa empírica, serão apresentados os dados coletados na pesquisa de campo, listando-se os projetos brasileiros em vigor com Moçambique na área da saúde pública, do ano de 2003 à presente data, e que estão sendo executados por diversas instituições brasileiras. Dar-se-á maior ênfase à construção da fábrica de medicamentos antirretrovirais para o combate ao HIV/SIDA, conhecida como Sociedade Moçambicana de Medicamentos (SMM), por ser o projeto de maior vulto e importância nas atuais relações Brasil/Moçambique no campo da saúde pública.

#### **3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS E MATRIZ DE ANÁLISE**

Para justificar a escolha do procedimento metodológico adotado nesse trabalho faz-se necessário nesse momento retomarmos a nossa questão de pesquisa: “Quais são os projetos que estão sendo desenvolvidos pelo governo brasileiro em Moçambique no campo da saúde pública?” Partindo dessa indagação situamos o contexto da cooperação internacional para o desenvolvimento no capítulo 1 e construímos o referencial teórico do *policy transfer* do capítulo 2. Ambos nos serviram de subsídios e nos nortearam na elaboração do desenho de nossa pesquisa, que é qualitativa, e baseada em três pontos:

- entrevistas semiestruturadas<sup>13</sup>;
- análise de documentos;

---

<sup>13</sup> Roteiro disponível no apêndice B.

- pesquisa de campo, com estudo de caso.

Para um melhor entendimento do processo da pesquisa, criamos uma matriz de análise que reúne a questão principal, as questões secundárias (com foco na cooperação Sul-Sul e foco no *policy transfer*) e as fontes a serem utilizadas, que apresentamos a seguir no Quadro 04:

Quadro 04: Matriz de análise.

| MATRIZ DE ANÁLISE                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| QUESTÕES                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | FONTES                                                                                                                                                                                                                 |
| PRINCIPAL                                                                                                       | SECUNDÁRIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SECUNDÁRIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisão de literatura.</li> <li>- Entrevistas semiestruturadas.</li> <li>- Análise de documentos fornecidos pelos atores envolvidos.</li> <li>- Pesquisa de campo.</li> </ul> |
|                                                                                                                 | FOCO COOPERAÇÃO SUL-SUL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | FOCO POLICY TRANSFER                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                        |
| Quais são os projetos desenvolvidos pelo governo brasileiro em Moçambique no campo da saúde pública desde 2003? | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quais seriam as principais motivações que levam o governo brasileiro a cooperar com Moçambique?</li> <li>- À medida que cooperava com Moçambique, o Brasil impôs condicionalidades?</li> <li>- Que resultados as ações de cooperação do Brasil produziram em geral? Deixaram um legado para o futuro de Moçambique ou foram apenas ações pontuais?</li> <li>- Qual é a percepção, por parte dos atores moçambicanos, do perfil brasileiro na CSS?</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quem são os atores envolvidos na transferência de políticas no campo da saúde feitas pelo Brasil a Moçambique.</li> <li>- Por que o Brasil se engajou especificamente nessas transferências a Moçambique?</li> <li>- O que realmente foi transferido?</li> <li>- Quais foram os fatores que ajudaram ou atrapalharam o processo de transferência?</li> <li>- Com base em que experiências o Brasil construiu as suas boas práticas para depois replicá-las em Moçambique?</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                        |

Fonte: Elaboração da autora.

Justificamos a escolha do método qualitativo já que o fenômeno estudado, situado no campo das ciências sociais, mais especificamente da administração pública, da política externa e das relações internacionais, não nos parece ser passível de ser descrito e quantificado estritamente de forma numérica, como em uma pesquisa quantitativa. A riqueza de seus detalhes e a dimensão histórica precisam ser compreendidas e, dessa forma, acreditamos que seja necessária uma análise mais complexa e aprofundada dos dados, de todos os fatores envolvidos, buscando entender a diversidade de interesses, instituições, culturas, contextos políticos e sociais entre os dois países, assim como as possíveis interações entre todas essas variáveis.

Para realizar a presente pesquisa, utilizamos os métodos de pesquisa bibliográfica e, principalmente, análise de conteúdo. A pesquisa bibliográfica ocorreu a partir da leitura e análise minuciosa de livros, artigos e matérias jornalísticas que abordavam os temas relativos à CID e à atuação brasileira em Moçambique. Visou-se, com isso, à construção, de maneira sintética e inicial, do contexto mais amplo no qual se insere o objeto da pesquisa. Seguindo modelo proposto por Bardin (1977), a análise de conteúdo aqui desenvolvida passou por três fases distintas: a pré-análise; a exploração do material e, por fim, o tratamento dos resultados, através da inferência e da interpretação. Nesse sentido, a análise de conteúdo pode ser entendida como um:

(...) conjunto de técnicas de análise das comunicações (quantitativos ou não) que aposta no rigor do método como forma de não se perder na heterogeneidade de seu objeto, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores e conhecimentos relativos às condições de variáveis inferidas na mensagem. (BARDIN, 1977, p. 31)

Ressaltamos que a escolha dos entrevistados<sup>14</sup> teve como base a pluralidade de sujeitos, buscando compor um grupo de entrevistados que de alguma forma atuasse no campo da cooperação internacional para o desenvolvimento e em algum sentido a promovessem. Não foi intenção desse estudo entrevistar os cidadãos moçambicanos receptores da ajuda, por considerarmos que isso por si só seria tema para outro trabalho. Como nem todos os entrevistados autorizaram citar seus nomes, optamos por classificá-los numericamente, declarando apenas o cargo e a área de atuação de cada um deles.

---

<sup>14</sup> Relação disponível no apêndice A.

Não julgamos necessária a diferenciação por gênero, nem idade. As entrevistas foram realizadas no Rio de Janeiro, em Brasília e em Moçambique.

Em nossa pesquisa de campo analisamos os dez projetos da cooperação oficial brasileira que, estão sendo realizados em Moçambique na área da saúde. Um desses projetos, o da fábrica de medicamentos (Sociedade Moçambicana de Medicamentos), escolhemos como unidade de análise do estudo de caso, já que é o projeto de maior vulto e importância devido à significativa incidência da epidemia da AIDS não só em Moçambique, como em todo continente africano (que também poderá ser beneficiado pela fábrica), sendo então a AIDS o principal e mais grave problema de saúde pública do país. Além disso, já que estudamos as *best practices* brasileiras é inegável a projeção e o reconhecimento mundial do Brasil na área da saúde, especificamente com suas práticas de combate a AIDS. Acreditamos também que o caso da fábrica ilustra perfeitamente, como veremos, as contradições no relacionamento entre atores governamentais e não estatais, sobretudo empresariais, o que nos pareceu relevante para responder empiricamente a alguns dos questionamentos de nossa pesquisa. Nos nove projetos restantes, não tivemos a intenção fazer uma análise aprofundada e sim extrair deles subsídios que nos fornecessem, junto com o estudo de caso da fábrica, uma visão geral do que está sendo feito pelo Brasil, no período delimitado entre o ano de 2003 e o ano de 2012.

Quanto à escolha do método de estudo de caso, consideramos que este represente a estratégia a ser escolhida quando se colocam questões do tipo “como” e “por que”, o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real. A clara necessidade pelos estudos de caso surge do desejo de se compreender fenômenos sociais complexos. Ou seja, o estudo de caso permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real (YIN, 2010). Além disso, este método também é indicado para pesquisas cujos temas são recentes, que é o nosso caso, com pouca literatura a respeito. Sabemos, porém, que a partir de um único exemplo não podemos inferir conclusões generalizantes, mas mesmo assim acreditamos que ele seja o método mais adequado aos nossos objetivos.

### 3.2 OS DILEMAS DO DESENVOLVIMENTO EM MOÇAMBIQUE

Inicialmente, a região de Moçambique era povoada pelas tribos Bantus, que sobreviviam através da troca de mercadorias. Foi esse cenário que os portugueses encontraram no final do século XV, quando começaram a colonizar o país, dominando suas fontes de riqueza e comercializando escravos para Madagascar (Júnior, 2007). Primeiramente, os portugueses se dedicaram às plantações locais com o intuito de exportá-las, sendo o algodão e o açúcar os principais produtos. Segundo Capela (1979), em relação à África do Sul, Moçambique, primeiro, exportou mão de obra para as suas minas e depois recebeu impostos oriundos da utilização, por parte desse país, da rede ferroviária moçambicana para transportar mercadorias.

Aos poucos, foram surgindo, em Moçambique, alguns movimentos políticos, como reação à exploração que seu povo sofria. Inicia-se, então, a luta pela independência da colônia, sendo a Frente de Libertação de Moçambique (FRELIMO) o movimento de maior vulto e importância. Em 1974, com o fim da ditadura em Portugal, o processo de independência das colônias africanas foi ganhando força, e os componentes da FRELIMO quase não encontravam mais resistência no exército português, já fragilizado após de quase dez anos de lutas. Ainda em 1974, a FRELIMO e o Governo português assinaram na Zâmbia o chamado “Acordo de Lusaka”, que estabeleceu a transição do governo (Júnior, 2007). Em 25 de junho de 1975, Moçambique conquistou sua independência, logo reconhecida pelo Brasil. O primeiro presidente do país foi Samora Machel, que ficou no poder de 1975 até 1984.

Segundo Júnior (2007), à época da independência, Moçambique tinha uma população com 90% de analfabetos e, assim que os portugueses se retiraram, todos os cargos públicos foram assumidos por militantes da FRELIMO. O contexto político internacional era de um mundo bipartido entre EUA e URSS tendo, então, Moçambique se declarado membro do segundo bloco de países, optando pelo sistema de partido único. Internamente, a crise era crescente e as estratégias de desenvolvimento implementadas pela FRELIMO não produziam os resultados esperados. Assim, na década de 1980, organiza-se um movimento de oposição a FRELIMO chamado Resistência Nacional de Moçambique (RENAMO). A confrontação entre FRELIMO e RENAMO levou à guerra civil, que durou até os anos 1990, deixando prejuízos

incalculáveis para o país, com destruição de escolas, hospitais, estradas etc., além de um número aproximado de mais de um milhão de mortos e o êxodo de mais de três milhões de moçambicanos. Foi, nessa época, que surgiram os primeiros casos de doentes pela epidemia da AIDS no país. Em 1992, o Governo, através do então Presidente, Joaquim Chissano, e a RENAMO assinaram um acordo de paz dando fim à guerra civil.

Como consequência desse acordo, o país assume o pluripartidarismo, tendo sido as primeiras eleições, com vários partidos, realizadas no ano de 1994. O presidente Chissano governou de 1994 até 2004; em 2005 assumiu Armando Emílio Guebuza, que está no poder até hoje, e seu mandato vai até 2014. Guebuza é considerado por muitos, mesmo que não assumam oficialmente, como o homem mais rico do país, e a questão do enriquecimento dos responsáveis políticos no poder pode ser considerada fundamental no caso de Moçambique. As eleições presidenciais ocorrem de cinco em cinco anos, e a FRELIMO ainda se mantém no poder, com uma imagem notadamente desgastada e riscos de explosão social.

A República de Moçambique que conhecemos hoje, subdividida em dez províncias <sup>15</sup> e uma cidade, que é a capital Maputo (mapa disponível no Anexo A), situa-se na África Austral, possuindo uma superfície de 799.380 km<sup>2</sup>. Trata-se de um país, por excelência, em desenvolvimento, com forte influência chinesa, cujo entendimento de como funciona exige uma análise complexa e aprofundada devido às suas grandes desigualdades e assimetrias. A capital Maputo é a região mais desenvolvida do país, e hoje está fortemente marcada pelo crescimento econômico. O norte do país é a expressão do novo *boom* econômico, e o principal porto é o de Nakala, que possui uma profundidade bastante considerável. O país é membro de diversas organizações regionais e mundiais, como a CPLP, a ONU, a União Africana, a *Commonwealth*, a Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral, a Organização da Conferência Islâmica, entre outras (lista completa disponível no Anexo B). As principais cidades e também as mais populosas, além da capital Maputo, são Matola e Beira. Dentre os recursos minerais disponíveis, destacam-se o carvão (fonte

---

<sup>15</sup> As províncias de Moçambique são: Maputo (capital Maputo), Gaza (capital Xai-Xai), Inhambane (capital Inhambane), Sofala (capital Beira), Manica (capital Chimoio), Zambézia (capital Quelimane), Tete (capital Tete), Niassa (capital Lichinga), Nampula (capital Nampula) e Cabo Delgado (capital Pemba).

energética fundamental para a China), o sal, o grafite, a bauxita, o ouro, as pedras preciosas, o gás natural e o mármore. De acordo com a constituição de 2004, a língua oficial é o português e a agricultura deve ser encarada como a base para o desenvolvimento. O país tem grande potencial para a agricultura, mas a maior parte é de subsistência, sendo os principais produtos o algodão, a cana-de-açúcar, o chá, o tabaco e o sisal. Segundo “O Globo” (2012), o país tem 36 milhões de hectares de terras aráveis, sendo apenas 3% da produção agrícola comercializada, e tendo que importar cerca de 40% do que consome. Só de arroz, são importados 360 mil toneladas de por ano.

Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (UNDP, 2008) no seu último relatório sobre o desenvolvimento humano de Moçambique, o crescimento da economia moçambicana em 2007 deve-se, em maior parte, ao setor primário e essencialmente à agricultura, com crescimento de 10,7%, empregando, nessa atividade 78,5% da população economicamente ativa. No sul do país, o crescimento é gerado por projetos de investimentos estrangeiros, envolvendo os setores de alumínio, gás e construção civil.

Como consequência de todo o processo da luta por independência e, posteriormente, o enorme desgaste com a guerra civil, Moçambique é, nos dias de hoje, um dos países menos desenvolvidos do mundo e com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,322, ocupando a 184<sup>a</sup> posição de um total de 187 países. Na África, Moçambique é o quarto país mais pobre, pela classificação do PIB, ficando atrás apenas da República Democrática do Congo, da Nigéria e de Burundi. Estima-se que, atualmente, o país tenha uma população de 24 milhões de pessoas (com predominância de mulheres), estando cerca de 40% da população localizada na área urbana (UNDP, 2012).

O país também sofre de escassez de água potável — acessível apenas a 60% da população como um todo (na zona rural, esse número não chega a 30%) —, causada pela deficiente estrutura de abastecimento do país. De acordo com os Objetivos do Milênio, até 2015, o país terá que disponibilizar água potável a 70% da população rural, o que, muito provavelmente, não será cumprido (O GLOBO, 2012).

De acordo com Shenga e Mattes (2008), outra consequência do baixo nível de desenvolvimento do país é o fato de seus habitantes não atuarem como cidadãos plenos, existindo um grande percentual de moçambicanos que não sabe opinar sobre questões que envolvem o governo e o regime democrático. Para responderem a tais questões,

assim como as que citaremos a seguir, eles utilizam os dados da pesquisa intitulada Afrobarômetro<sup>16</sup>. Os autores afirmam que o fato de os resultados das pesquisas com moçambicanos mostrarem que eles têm níveis altos de confiança no governo e nas instituições e, em contrapartida, níveis baixos de comprometimento com o regime democrático, denota que eles desempenham uma cidadania não crítica. E dizem que isso ocorre, principalmente, porque eles vivem em uma sociedade com baixos níveis de informação, tanto a oriunda dos meios de comunicação quanto a recebida nas escolas.

Ainda segundo o Afrobarômetro, quanto aos meios de comunicação, no país existem apenas 14 aparelhos de TV para cada 1.000 pessoas, apenas 13% da população lê jornais regularmente e 24% assistem regularmente a noticiários na TV. A TV foi introduzida em Moçambique apenas em 1982 e só tem um canal, que é público, atingindo atualmente além de Maputo, Beira e algumas outras localidades. A pesquisa afirma que, na área urbana, 44% da população diz receber notícias pela TV; na área rural, esse número cai para 9%, sendo de 19% o percentual de moçambicanos com televisão. Informa-se também que o país só tem uma estação de rádio, que é propriedade do Estado e cobre quase todo o país, mas apenas 66% disseram possuir um rádio. Indagados se defendiam a liberdade de expressão nos órgãos noticiosos, 66% concordaram que ela é importante, enquanto 22% disseram que o governo deveria fechar os jornais que publicassem informações erradas ou fizessem críticas ao governo (*ibidem*). Apenas complementando sobre veículos de comunicação, a emissora de TV brasileira Record é um canal aberto em Moçambique que transmite as novelas da TV Globo, com um pequeno atraso em relação aos capítulos exibidos atualmente no Brasil.

Quanto à educação, segundo pesquisa do Afrobarômetro realizada em 2005, para ter uma ideia, 28% dos moçambicanos adultos disseram não ter nenhuma escolaridade formal, apenas 3% estudaram além da escola secundária e o ínfimo percentual de 0,03% completou a educação superior. Isso, provavelmente, é consequência da colonização portuguesa, que só proporcionava aos moçambicanos a educação primária, em escolas católicas, obrigando-os a trocar de nome e a se converterem ao catolicismo. Outro ponto que possivelmente atrapalha o resultado das pesquisas é o fato de o país ainda conservar

---

<sup>16</sup> Afrobarômetro é uma pesquisa de opinião pública que se realiza periodicamente em 18 países africanos com sistemas multipartidários, desenvolvido pelo IESE, Instituto de Estudos Sociais e Econômicos. Fonte: <http://www.afrobarometer.org/>

resquícios do medo criado após tantos anos de guerra civil, o que leva muitos dos entrevistados a achar que a pesquisa foi até encomendada pelo governo (57% das respostas). Sendo assim, não fornecem informações nem emitem suas verdadeiras opiniões, ou mudam-nas, transformando-as naquilo que os autores chamam de uma “versão cor-de-rosa” dos fatos. Outro ponto importante ressaltado é que, além de a quantidade de informação ser pequena, deve ser questionada a qualidade e veracidade dessa pouca informação que circula, já que o poder político exercido pela FRELIMO, há três décadas no poder, é que controla tudo que é divulgado, estando a maioria dos meios de comunicação sob o domínio do Estado.

Com relação à religião, 81% dos moçambicanos disseram estar filiados a alguma instituição religiosa (SHENGA e MATTES, 2008). A religião predominante é a cristã (católica, protestante e as emergentes neopentecostais), estando o hinduísmo e a religião islâmica também presentes, sobretudo nas regiões do centro-norte do país.

Em complemento à pesquisa acima do Afrobarômetro, julgamos ser importante neste momento contrastarmos seus dados com o relatório do MARP (Mecanismo Africano de Revisão de Pares), publicado em 2010, que analisa quatro importantes áreas da governança em Moçambique: democracia e governança política, governança econômica e gestão, governança empresarial e desenvolvimento socioeconômico. O estudo ressalta que, nos últimos 20 anos, Moçambique apresentou progressos na estabilidade da economia, na liberdade política e no crescimento do país como um todo, e que, embora tenha sido reduzida, a pobreza ainda é um desafio fundamental para o desenvolvimento — aparentemente, as consequências positivas do crescimento do país não chegaram aos mais pobres, sendo de 54% o percentual da população que vive abaixo da linha da pobreza. Essa situação ainda se torna mais grave em consequência das calamidades naturais que afetam a pequena produção agrícola do país, obrigando-o a depender de importações anuais de cerca de 890.000 toneladas de cereais (MARP, 2010).

Segundo o referido relatório, Moçambique é também um país de desigualdades, de grande distância entre ricos e pobres, o que precisa ser sanado para que o país cumpra, na esfera internacional, com suas obrigações de direitos humanos estabelecidas pelas Nações Unidas. E, para isso, é fundamental que tenham sucesso as políticas de educação e de emprego. Outro ponto ressaltado no relatório é a incidência da pandemia global da AIDS no país, onde números de 2004 da UNAIDS e da OMS informam que,

de todos os doentes com AIDS no mundo, 57% estariam na África subsahariana, que tem apenas um pouco mais de 10% da população mundial. Esse fato traz como consequências altas taxas de morbidade, de mortalidade e de absenteísmo no trabalho, reduzindo a produtividade das empresas. Além disso, gera prejuízos políticos, pois, quando morre um membro do Parlamento, por exemplo, é necessário que se convoquem novas eleições, o que gera custos extras. Estima-se que 500 pessoas sejam infectadas diariamente e que 57% dos doentes sejam mulheres. Também é ressaltado no estudo que a corrupção é um grave impedimento para o desenvolvimento do país, sendo Moçambique signatário, desde 2003, da Convenção da União Africana sobre Prevenção e Combate à Corrupção e do Protocolo da SADC (Comunidade de Desenvolvimento da África Austral) Contra a Corrupção. O estudo destaca que, nessa luta contra a corrupção, é fundamental que se criem limites éticos claros entre as ações do governo e seus funcionários e as da pequena elite econômica que domina o poder, como exemplifica bem o trecho a seguir constante no relatório em questão (MARF, 2010, p. 423):

Em Moçambique, políticos seniores da FRELIMO são o partido; o partido é governo; e o governo é o Estado. Assim, a burocracia do Estado moçambicano está não só ainda profundamente entrelaçada com o aparelho do partido da FRELIMO, como mantém características superformais e superburocratizadas herdadas da administração colonial portuguesa. Consequentemente, é o que os políticos seniores decidem é o seu interesse e é o interesse do Estado. Como tal, não é de admirar que a luta contra a corrupção não esteja a ser tão bem sucedida como deveria.

Acreditando que o caminho para o desenvolvimento não pode desviar-se de soluções para redução da pobreza, o Governo moçambicano empreendeu o Plano de Ação para Redução da Pobreza Absoluta, o PARPA, já tendo sido realizados o PARPA I (de 2001 a 2005), o PARPA II (de 2006 a 2009) e o PARP (de 2011 a 2014). No entanto, esses programas apoiados em metodologias e recomendações do Banco Mundial recebem críticas e elogios; para melhor entendê-los, selecionamos alguns artigos do livro “Desafios para Moçambique 2012”, que analisaremos nos quatro parágrafos a seguir.

Segundo Brito (2012), o crescimento demográfico do país é maior que 2% ao ano e, em um caso como esse, uma pequena redução da pobreza não seria suficiente para resolver o problema. Ele afirma que, apesar dos meios oficiais, e até dos doadores,

afirmarem que a pobreza está diminuindo, isso não está acontecendo: ela continua crescendo, embora em ritmo inferior ao da população. O PARPA I se concentrava em educação, saúde, infraestrutura, agricultura, boa governança, emprego, ação social, entre outros temas. O PARPA II focalizava a questão do gênero, HIV/SIDA, ambiente, segurança alimentar, ciência, tecnologia, governança, entre outros pontos. Já o terceiro programa, o PARP, que perde o último “A” da sigla por não se considerar mais a pobreza como absoluta, voltou-se para questões como agricultura, pesca, setor privado, governança, entre outras. Acredita-se que hoje, passados mais de dez anos da implantação do primeiro plano, eles não tenham alcançado um sucesso significativo na diminuição da pobreza do país, já que os conceitos centrais do plano — a participação e o empoderamento — foram organizados para seguir um modelo único e, com isso, perderam o seu potencial político de questionamento e radicalização.

Falando especificamente do PARP, Castell-Branco e Mandlate (2012) lembram que este tem como foco central a necessidade de se diversificar a base produtiva, aumentando a oferta de emprego e a produção de alimentos. Para isso, seria necessário vencer o desafio de estimular as pequenas e médias empresas moçambicanas dentro da economia do país, que é dominada pelo capital internacional; o PARP, porém, não dá indicações de como isso pode ser feito. O que se percebe nos últimos anos é que a ajuda externa (mormente da Cooperação Norte-Sul) tem diminuído e o fluxo de capital privado externo aumentado, com foco no setor extrativista de minério, energéticos e madeiras. De todo o investimento privado em Moçambique, entre os anos de 2000 a 2010, o investimento externo representa 87% do total, sendo 54% em forma de investimento direto estrangeiro e 33%, de empréstimos bancários internacionais. Ressaltam os autores que o PARP é um instrumento importante para se negociar a ajuda externa, mas não tem importância para a economia real moçambicana.

Em complemento ao que foi dito acima, Mosca e Selemene (2012) focalizam seu artigo na questão dos recursos naturais e minerais, afirmando que, embora o país tenha se tornado o “novo-rico” desse setor, o PARP fala muito superficialmente em como gerir esses recursos mais adequadamente. Os autores afirmam que os objetivos do PARP e as realidades dos casos da província Tete e do distrito de Moatize, no que tange à implantação de grandes projetos de mineração, são totalmente distintos. E que não há indícios de que esses megaprojetos de mineração, da forma como estão sendo conduzidos, venham a trazer alguma redução da pobreza.

Por fim, relacionar o PARP com os desafios da saúde rural é o objetivo do artigo de O’Laughlin (2012), no qual ele afirma que uma qualidade do PARP é admitir que a melhoria nos indicadores sociais verificada em Moçambique não foi acompanhada de crescimento econômico, e que é difícil tentar medir os reflexos disso na melhoria dos serviços de saúde. Afirma que, para isso, poderiam ser analisados o PIB e a expectativa de vida, mas que esses indicadores têm algumas limitações — ele acredita que, para progredir na área de saúde, seria necessário reduzir a fome e o número de doentes. O autor afirma que há desigualdades grandes em Moçambique, principalmente entre Maputo e o resto do país, entre o segmento rural e o urbano e entre os ricos e os pobres, e essas considerações sobre desigualdades não aparecem no PARP. Ele conclui, afirmando que o PARP está preocupado com a estagnação de alguns indicadores de saúde, mas que deveria preocupar-se também com as verdadeiras raízes da pobreza no país.

Enfim, resumida e esquematicamente, pode-se afirmar que Moçambique é um dos países mais pobres do mundo, que está descobrindo diversas fontes de riqueza, o que gera mais interesses da comunidade internacional; tem um quadro de corrupção endêmica no governo e no segmento empresarial e precisa lidar com diversos e complexos dilemas em sua caminhada de desenvolvimento. Talvez um dos maiores desafios seja justamente saber negociar em seu favor os programas e projetos que recebe através da cooperação internacional para o desenvolvimento que, retoricamente, é repleta de boas intenções; na prática, porém, se questiona se o saldo de suas ações realmente é positivo na perspectiva dos países beneficiários. Sendo assim, analisaremos mais detalhadamente esse papel da CNS e da CSS, no caso de Moçambique, no item seguinte.

### **3.3 A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO EM MOÇAMBIQUE: COOPERAÇÃO NORTE-SUL, COOPERAÇÃO SUL-SUL E O PAPEL DO BRASIL**

Desde o final da Segunda Guerra Mundial, com a consolidação e fortalecimento da diplomacia multilateral, as ações da CID foram crescendo através de programas e

projetos inicialmente direcionados à reconstrução da Europa, como já foi explicitado no Capítulo 1 deste trabalho. Mais tarde, essa política de “ajuda internacional” também chegou à América Latina, à Ásia e à África. E Moçambique não escapou dessa dinâmica, no papel de receptor da ajuda.

O orçamento do Estado moçambicano sempre foi, e ainda é, financiado, em grande parte, por programas da CID, sejam Norte-Sul, Sul-Sul, bilateral ou trilateral, assim como por investimentos de empresas privadas estrangeiras. Uma das formas de apoio mais importantes da CID a Moçambique tem sido a de financiamento direto de linhas e rubricas do orçamento (neste caso específico, por meio da CNS). Acredita-se que atualmente o percentual da ajuda externa no orçamento do país esteja em torno de 42%, número esse que, apesar de estar caindo ano após ano, ainda é bastante representativo, o que é confirmado na visão do nosso entrevistado nº 7. Segundo este, não só o Estado é financiado pela cooperação, como também a sociedade civil. Ele afirma que, em sua opinião, o Governo moçambicano, mesmo que de forma tímida, já começou a encontrar caminhos de financiamento interno, o que pode, gradualmente, ir reduzindo a dependência da ajuda externa. Já, de acordo com o entrevistado nº 12, o Presidente da República Guebuza defendeu, há algum tempo, um discurso forte de cortar a atitude “da mão estendida”, mas isso durou um curto período. Hoje, esse discurso só aparece esporadicamente, uma vez que se constata, em Moçambique, uma estrutura montada que força a existência de uma atitude assistencialista. Voltando ao entrevistado nº 7, merece ser lembrado que, para ele, há dois pontos importantes a se analisarem: a) a economia política da ajuda externa em si; b) como ela se constituiu em um elemento de acumulação para as elites locais, reproduzindo o seu poder. Apenas para complementar essa questão da dependência da ajuda externa, segundo nosso entrevistado nº 11, em torno de 70% do Ministério da Saúde moçambicano também é financiado por parceiros externos; ou seja, a realidade da dependência em relação à CID e da ausência de autonomia parece ser bastante dramática no caso moçambicano.

Moçambique mantém relações de cooperação com Estados, organizações regionais, internacionais e Organizações Não Governamentais (ONGs) de todo o mundo. Dentre esses países, podemos destacar: Alemanha, Áustria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Espanha, Finlândia, França, Grã-Bretanha, Irlanda, Itália, Noruega, Países Baixos, Suécia, Suíça, África do Sul, Austrália, Brasil, China, Coréia, EUA, Índia,

Japão e Vietnã. E, dentre as organizações internacionais, citam-se: o Banco Africano de Desenvolvimento (BAD), a Comissão Europeia e o Banco Mundial (MINEC, 2012).

Acredita-se que, cada vez mais, estejam diminuindo os números de ajuda via CID e crescendo os números de investimentos por empresas privadas. Afirma-se que, para 2013, os cortes dos parceiros externos devem girar em torno de 15,4 milhões de dólares. No entanto, espera-se que esse impacto seja compensado, em parte, pelo recente desembolso do Banco Mundial ao país de cerca de 110 milhões de dólares (MOÇAMBIQUE PARA TODOS, 2012).

Segundo nosso entrevistado nº 9, Moçambique tanto busca ajuda externa como recebe propostas espontâneas dos parceiros. Ele considera as viagens dos políticos moçambicanos a outros países e as visitas que recebem em seu país o verdadeiro embrião da cooperação internacional. Essa opinião é compartilhada por diversos outros entrevistados.

Quanto aos investimentos privados no país, nosso entrevistado nº 13 afirma que existem projetos com a China, Estados Unidos, Alemanha, Japão e que o fator determinante para atrair esses investimentos é a estabilidade política, ressaltando que, no setor privado, há aventureiros e investidores, sendo que apenas os últimos cumprem realmente o que foi acordado.

Toda essa abertura de Moçambique à entrada de projetos de outros países — seja sob a forma de cooperação pública e governamental, seja sob a forma de investimento privado — traz questionamentos ao meio local e insatisfações à população, como relata nosso entrevistado nº 9, segundo o qual “a sociedade civil não estaria satisfeita com essas companhias que vêm explorar o país e seus recursos, de forma muitas vezes predadora”. E que também não estão satisfeitos com o governo, mas não têm muito o que fazer para mudar a situação, a não ser assistir à sua terra ser ferida e não ganharem nada com isso.

Complementando o parágrafo acima, devemos comentar a existência do Grupo Moçambicano da Dívida (GMD), uma instituição da sociedade civil que discute a questão da dívida externa: como ela se manifesta e como pode chegar a ser um entrave para o investimento público. Atualmente, o grupo agrega 20 instituições da sociedade civil moçambicana em uma rede que é considerada a principal plataforma de diálogo com o governo e também com os parceiros da cooperação. Nosso entrevistado nº 15 afirma que os principais financiadores do grupo são as ONGs internacionais, de onde se

destaca a participação da Holanda, que financia mais de 50% do programa. Ele esclarece que o grupo tem como função, em primeiro lugar, buscar informações, pois, em suas palavras, “ter informação é ter um tesouro”; depois tentam traduzir essa informação que, por exemplo, pode vir do Estado em linguagem simples e popular, explicando melhor o conteúdo com o uso de exemplos e até desenhos. Outra função importante do grupo é buscar informação pública que, segundo ele, em Moçambique é considerada muitas vezes segredo de Estado. Ele afirma que já submeteram uma proposta de lei de acesso à informação que está há seis anos no Parlamento e não é aprovada. Vários entrevistados moçambicanos alertaram para a falta de ação política do Parlamento em matéria de controle democrático sobre o Poder Executivo — certamente, um aspecto fundamental para o desenvolvimento da democracia em Moçambique.

Outra instituição importante em Moçambique é o Mecanismo de Apoio à Sociedade Civil (MASC), que é financiado pelos Governos britânico, norte-americano e islandês e investem os fundos do projeto em capacitação e informação, além de monitorar a qualidade dos serviços prestados pelo Estado e a questão da corrupção.

Não podemos deixar de citar também o Mecanismo Africano de Revisão de Pares (MARF), que foi criado em 2003 pelos chefes de Estado da União Africana, tendo como função monitorar a governança no âmbito do NEPAD (*New Partnership for Africa's Development*) e também promover a troca de experiências entre os diferentes países da União Africana. Conforme nosso entrevistado nº 20, os países aderem a esse mecanismo de forma voluntária, contando atualmente com 32 países africanos. Ele afirma que o MARF é um processo do país e que é o único mecanismo instituído pelos e para os africanos, sem a intromissão de qualquer outro ator, não sendo um processo do Poder Executivo, nem da sociedade civil, nem do Parlamento.

### **3.3.1 A COOPERAÇÃO NORTE-SUL EM MOÇAMBIQUE**

Agora, abordando especificamente a Cooperação Norte-Sul, nosso entrevistado nº 7 afirma que os doadores tradicionais dessa cooperação já estão consolidados há anos em Moçambique e agem com grande emissão de recursos financeiros, seguindo moldes já enraizados na cultura, na população e no Governo moçambicano. Esses doadores de

países do Norte têm forte influência na definição das políticas públicas do país e também nos processos democráticos, impõem suas condicionalidades e têm grande preocupação com a prestação de contas dos valores doados, assim como com questões de governança. O poder deles é tamanho que chegam até a influenciar os processos eleitorais do país. Dessa forma, não podem ser considerados apenas doadores, e sim alguma denominação maior e mais poderosa, integrando uma *policy* mais ampla. Na visão do entrevistado, a ajuda financeira sempre será importante e o governo sempre vai preferir ter acesso direto a esses recursos, por uma série de razões, mas a principal é que eles vão direto para o orçamento, dando maior liberdade ao Poder Executivo para utilizá-los como bem entender.

Segundo nosso entrevistado nº 12, os esforços que a Cooperação Norte-Sul tem feito em capacitação de pessoal vêm surtindo efeitos na gestão de recursos, aumentando a capacidade de atuação de Moçambique em seu próprio favor.

Como já comentamos no item inicial deste capítulo, Moçambique, assim como o conjunto de países africanos e muitos outros países em desenvolvimento (e, em muito menor grau, os países industrializados), tem um problema estrutural de corrupção, e isso tem reflexos na cooperação. Nosso entrevistado nº 16 comenta que os doadores têm grande preocupação com a prestação de contas do dinheiro doado, com a transparência das transações, sendo muito rigorosos para apurar qualquer desvio de verba.

Nosso entrevistado nº 18 tem uma visão crítica sobre o legado que a Cooperação Norte-Sul (CNS) tem deixado em Moçambique, afirmando que o legado é a cultura da dependência que existe nas instituições e no governo, o que a CNS torna mais negativa que positiva, pois gerar dependência é também uma forma de fazer negócio. Ele também comenta sobre o fato de existirem inúmeras organizações da sociedade civil europeia atuando em Moçambique há anos, em parceria com organizações locais. Há casos de mais de 20 anos e as organizações locais ainda não têm capacidade de decidir os próprios destinos.

De acordo com o relato de nosso entrevistado nº 11, no setor de saúde, o maior volume de recursos é o disponibilizado pelos EUA, através da USAID e de outras organizações não governamentais que recebem o apoio da principal agência bilateral dos EUA. Ele ressaltou que, no seu ponto de vista, o Governo americano é menos flexível na adaptação de projetos, o que não quer dizer que Moçambique não tenha nenhuma margem para negociar — eles têm alguma, mas dificilmente atingem os

resultados desejados, o que pode gerar alguns conflitos. Afirma ainda que existe uma real dificuldade em harmonizar a forma de trabalhar moçambicana com a dos EUA. Ele diz que, de maneira geral, o debate com os parceiros é uma ação contínua e interminável e que os moçambicanos precisam capacitar-se cada vez mais, para melhor negociarem, conseguindo ajustar a agenda dos doadores às reais necessidades do país — o que ele considera um desafio enorme, já que problemas não faltam, como os de infraestrutura, os culturais, os de recursos humanos, dentre outros. Ele exemplificou essas dificuldades com o caso dos partos, em que apenas 40% ocorrem dentro de hospitais, e afirmou que um dos grandes objetivos do Ministério da Saúde do país é trazer essas mães para terem seus bebês nos hospitais. Para isso, foram criadas “casas de mães de espera”, onde elas podem aguardar quando os bebês estão para nascer. Isso porque, muitas vezes, os hospitais ficam longe das residências das gestantes, e essas casas ficam próximas aos hospitais. Porém, por problemas culturais, essas casas vivem vazias porque os maridos não querem ficar sem as esposas, já que assim não teriam, por exemplo, quem cozinhasse para eles.

Outro exemplo de cooperação em Moçambique é a empreendida pela Suécia, que se iniciou após a independência do país, em 1975, e se mantém com regularidade até hoje. As áreas focadas são saúde, educação e assistência social, além de apoio à balança de pagamentos e importações, sendo o país um dos maiores receptores da ajuda sueca. A estratégia para 2008-2012 previa apoio ao orçamento, à governança democrática, à agricultura, à energia, às estradas e às pesquisas (SWEDENABROAD, 2012).

### **3.3.2 A COOPERAÇÃO SUL-SUL EM MOÇAMBIQUE**

Quanto à Cooperação Sul-Sul (CSS), podemos afirmar que o movimento de estreitamento das relações entre países do eixo Sul está crescendo de uns anos para cá e, no caso particular de Moçambique, países emergentes, como o Brasil, a China e a Índia, vem desenvolvendo programas de cooperação com características distintas e peculiares em relação à prática dos doadores tradicionais do Norte. Os emergentes ainda não têm um perfil muito claro que os identifique enquanto grupo, mas se nota que se preocupam

muito com a dimensão econômica, fazendo uma cooperação diretamente ligada com seus interesses de investimentos. É também uma cooperação mais horizontal e, no que tem sido publicado até o momento, sem a imposição de condicionalidades.

Devemos ressaltar que as ações brasileiras na CSS se iniciaram por volta da década de 1960, mas foi durante as duas gestões do ex-Presidente Lula (2003-2010) que as relações com a África, incluindo Moçambique, se adensaram e se aprofundaram em termos quantitativos. Nesse período, foram abertas 17 novas embaixadas brasileiras no solo africano, e o foco era cooperar com os países africanos de língua oficial portuguesa, os PALOPs.

Na opinião do nosso entrevistado nº 19, a definição de Cooperação Sul-Sul utilizada pela ABC é extremamente limitada: cooperação técnica entre países em desenvolvimento, ficando devendo uma definição mais precisa de sua substância. Ele completa que a definição faz alusão à horizontalidade de propósitos e que é sempre *demand-driven*, mas que, em sua opinião, se ela sempre atende a um pedido do outro, demonstra que é assimétrica e só seria simétrica se os dois países tivessem, cada qual, uma demanda. Em complemento a essa opinião sobre a questão do *demand-driven*, temos a análise de dois outros entrevistados. Segundo o entrevistado nº 2, todos os projetos em vigor foram solicitados por Moçambique, excetuando a fábrica que foi uma doação. E, de acordo com o entrevistado nº 11, o discurso oficial brasileiro de nomear a sua cooperação como *demand-driven* tem um percentual de verdade, pois tudo é mais flexível com o Brasil, sendo mais fácil mudar a estrutura dos projetos em função das necessidades locais. E, na opinião do entrevistado nº 3, o Brasil trabalha para atender às demandas, mas essa questão precisa ser trabalhada já que, muitas vezes, a cooperação envolve demanda e oferta, uma experiência e uma necessidade, e tem que haver um casamento entre ambas, que nem sempre é fácil. Muitas vezes, as necessidades nos países são tão amplas que demandam praticamente tudo; por isso, o Brasil precisa ver, a partir de suas experiências, o que seria mais adequado para aquela realidade, formatando o projeto de maneira a potencializar as suas dimensões mais fortes. É preciso trabalhar a demanda, qualificá-la e verificar se realmente as necessidades prioritárias são as apontadas pelo demandante.

Essa questão da flexibilidade é compartilhada pelo entrevistado nº 11, que afirma que a Cooperação Sul-Sul também tem como característica ser mais flexível que a feita pelo Norte. Ele acredita que a chance de um chinês, ou de qualquer outro país do

Sul, aceitar os termos pretendidos por Moçambique é muito maior, o que torna os projetos mais correspondentes à realidade do país.

Por outro lado, na visão de nosso entrevistado nº 12, a CSS é um instrumento a serviço de interesses claramente definidos, em que as grandes potências do Sul se guiam por interesses estratégicos e por uma agenda quase que similar à agenda da Norte, em relação aos quais, os emergentes pretendem diminuir a dependência (deles diretamente e dos países menos desenvolvidos em geral). Ele ressalta que o movimento da Cooperação Sul-Sul começou com muito entusiasmo, mas hoje já se percebe, por parte dos países receptores, um certo ceticismo em relação ao sucesso dessa alternativa de cooperação. Fazendo uma analogia com a época colonial, ele afirma que, a seu ver, mudar de Norte-Sul para Sul-Sul seria apenas trocar a figura do colonizador. Perguntado sobre quem seria, na sua opinião, o principal parceiro de financiamento do país, ele respondeu que é a União Europeia.

Em relação ao perfil do Brasil na CSS, pode-se afirmar que o País tem uma imagem diferenciada que se reflete, inclusive, na construção de sua narrativa, já que não utiliza para si próprio o termo “doador”, considerando-se, sim, “um país que coopera” em uma relação que se pretende muito mais horizontal. Comenta-se que talvez o governo e o povo moçambicano ainda não estejam preparados para esse tipo de cooperação, uma vez que vêm de uma escola de décadas de Cooperação Norte-Sul, onde a prática cristalizada é a da ajuda financeira, sem nenhuma contrapartida moçambicana. Segundo o entrevistado nº 6, o Brasil tem uma imagem muito positiva como ator da CSS, justamente por não impor condicionalidades, utilizando-se da cooperação como instrumento de *soft power*. O entrevistado nº 3 concorda que a questão de não apresentar condicionalidades é um diferencial da CSS e afirma que, no caso brasileiro, outro diferencial é o fato de os projetos do País buscarem ser estruturantes. Por fim, o entrevistado nº 16 critica a forma como a cooperação brasileira é feita, afirmando que “a lógica da ABC, de maneira geral, é a do varejo, de projetos que não passam de um ano, tudo muito micro, e que falta um fórum para pensar a cooperação de forma estratégica, para que se tenha uma visão geral dela dentro do universo das relações internacionais.”

Ao ser perguntado sobre quais seriam as motivações brasileiras em cooperar, o entrevistado nº 2 afirmou que cooperar é uma decisão e um projeto da política externa brasileira. Por sua vez, o entrevistado nº 3 vê a cooperação como uma das atribuições do

Governo brasileiro e diz que qualquer governo sério que queira se projetar no mercado internacional deverá utilizar a cooperação como uma das competências de sua política externa. Por fim, a opinião do entrevistado nº 6: ele considera que dois elementos motivam a cooperação brasileira em Moçambique: a ascensão da África como uma região interessante para empresas brasileiras fazerem negócios e a decisão brasileira de usar a cooperação como forma de se projetar no exterior.

Nosso entrevistado nº 12 faz críticas em relação à China, afirmando que eles atuam em prol de seus interesses de forma camuflada e sutil, sem dizer o que querem em troca, o que é um caminho muito perigoso, pois, como cooperam muito com Moçambique, a consequência é que o endividamento público do país caminha na mesma proporção. Contudo, ele ressaltou que a culpa não é apenas da China, pois esta oferece, mas é o Governo moçambicano quem aceita esses termos; então, ele tem receio de que o país passe a ser teleguiado pela China. Outro ponto interessante ressaltado é que a China “não levanta a bandeira da Cooperação Sul-Sul” e, por sua pujança, ela termina por ofuscar todos os outros doadores. Ele diz que Moçambique não tem uma estratégia para lidar com a China, que as coisas acontecem em grande velocidade e que eles não têm nem pessoal habilitado para dar conta de tudo.

Para o entrevistado nº 11, porém, a cooperação na área de saúde com a China é muito mais do que cooperação técnica, tendo sido assinados acordos para o envio bianual de médicos especialistas chineses que recebem habitação e salário para morar em Moçambique, mas não podem trazer suas famílias. Eles fazem cirurgias como, por exemplo, a de catarata, e, depois, os médicos locais fazem o acompanhamento. De acordo com nosso entrevistado nº 9, Moçambique tem diversos acordos de cooperação com a China que envolvem as áreas de agricultura, pecuária, dentre outras. Ele disse que a China coopera com o que interessa a ela no momento, e informa isso aos seus empresários. Ele citou um acordo assinado em 2002 de investigação científica que gerou uma série de ações, entre as quais, a instalação de uma empresa chinesa na província de Gaza, que vai produzir basicamente arroz, mas também feijão, trigo e hortaliças. Para isso, eles conseguiram uma área de 20.000 hectares, mas há informações de que pretendem pleitear mais 80.000 hectares. Em 2012, já estavam alocados, nessa região, 300 chineses para preparar a terra para a produção, construir sistemas de irrigação, valas etc.

O entrevistado nº 11 informou, também, sobre outro projeto de produção e processamento de arroz em Xai Xai, no qual a ideia do Governo moçambicano é ceder terrenos e criar facilidades para atrair investimentos. Perguntado sobre o destino dessa produção de arroz, o entrevistado disse não dispor dessa informação. Ele informou que, à luz desse acordo, Moçambique recebeu um financiamento de 50 milhões de dólares americanos para a construção de três fábricas de processamento de arroz, trigo e milho. Não foi doação, e sim um crédito; as fábricas já estão prontas e devem começar a operar em breve.

Prosseguindo na análise da cooperação chinesa, julgamos ser interessante apresentar agora uma visão bastante diferenciada da acima exposta, que é a do nosso entrevistado nº 14. Ele começa seu discurso, dizendo que o adensamento das relações com a China aconteceu por volta do ano 2000, e comenta que a China chegou até a apoiar a FRELIMO, enviando armas e alguns homens para ficarem entre os militares do país. Ele disse que a China tem uma particularidade que muitas vezes é esquecida — o seu problema social, cuja saída seria, a seu ver, garantir a sustentabilidade das empresas chinesas nos níveis interno e externo. Então, nesse sentido, eles estão em Moçambique, fazendo investimentos privados e praticando o que chamam de *win-win cooperation*, em que, segundo os chineses, as duas partes devem sair ganhando. Ele não concorda com a afirmação de que a China tenta colonizar os africanos, afirmando que sim, existem condicionalidades impostas, mas que essas são econômicas e financeiras e fazem parte do modelo de cooperação. Ele ressalta que não há condicionalidades políticas. Para ele, a China tenta fazer com que os países africanos não se endividem. De acordo com nosso entrevistado nº 8, a atuação das empresas chinesas em relação aos direitos dos trabalhadores nem sempre é correta: não cumprem os critérios mínimos de segurança nem pagam salários dignos. Elas até são fiscalizadas pelo Governo moçambicano, mas, quando autuadas, não pagam as referidas multas, em alguns casos, sem que as autoridades de Moçambique exerçam maiores controles nesse processo.

Segmentando a cooperação na área da saúde por países, nas palavras do entrevistado nº 11, se destacam a China, Cuba, Brasil, Coreia do Norte e França, como os principais parceiros. Ele ressalta que, sob o prisma do volume de assistência técnica, a maior parceria é com Cuba, que, no momento da entrevista (outubro de 2012), tinha em torno de 70 médicos presentes no país; e, em segundo lugar, a cooperação com a Coreia do Norte, que é muito antiga. Ele comentou que a Holanda, a Dinamarca e a

Irlanda são países que continuam firmes na alocação de recursos para a saúde em Moçambique.

Um exemplo interessante de cooperação regional em que Moçambique se envolveu foi a criação da Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral, a SADC, em 1980, como uma forma de os países da África Austral se unirem e agirem de maneira sincronizada, para alcançar diversos objetivos comuns. Dentre esses, podemos destacar os esforços para combater as drogas ilícitas, consideradas um problema complexo e que necessita de uma abordagem transnacional, uma vez que as redes de tráfico de drogas continuam se fortalecendo e se enraizando em todo o mundo. É importante ressaltar que, de toda a África, Moçambique é considerado o maior corredor para o escoamento e armazenagem de drogas, fazendo-se necessário, realmente, começar a seguir o protocolo já existente para o tema, além de atualizar as estratégias de combate às drogas (BUWANA e VENTURA, 2011).

Com relação à cooperação vinda da África do Sul, é sabido que, nos próximos oito anos, serão doados cerca de 500 milhões de dólares pelo grupo empresarial sul-africano *Corvus Investment International* para viabilizar projetos de agronegócios em Maputo, Beira e Nampula. A intenção é reduzir a insegurança alimentar que afeta a maioria da população (MOÇAMBIQUE PARA TODOS, 2012).

Continuando a falar sobre a África do Sul, nosso entrevistado nº 11 afirma que, na área da saúde, já houve muitos projetos em conjunto contra a malária que surtiram bons efeitos, pois o índice da doença baixou. Também há projetos de “geminagem” de hospitais, onde o Hospital Central de Maputo pode, por exemplo, trocar doentes com o Hospital de Joanesburgo, podendo os dois países aproveitar as especialidades de cada um dos dois hospitais. Nosso entrevistado nº 12 levanta uma questão muito interessante sobre a África do Sul, afirmando que, politicamente, os dois países se relacionam muito bem, até pelas raízes históricas e pelo sangue que uns derramaram pelos outros em solidariedade durante os movimentos da luta pela autonomia (contra o apartheid e Portugal). Porém, ele diz que está sendo criada uma certa tensão nas questões de diplomacia econômica, em termos de concorrência entre os dois países, já que, agora, Moçambique está descobrindo muitos recursos. E, com isso, a África do Sul pode perder um pouco do protagonismo que tem até agora.

Os demais países do Sul emergente (Índia, Turquia, Indonésia, Tailândia etc.) tendem a ser menos atuantes em Moçambique. Nosso entrevistado nº 11 diz que

Moçambique tem, na área da saúde, uma parceria com a Índia — uma agência indiana contrata basicamente assistência técnica médica, ou melhor, especialistas médicos para ajudarem na área do HIV/SIDA. Eles vêm para Moçambique em troca de salário e habitação. No entanto, nenhuma informação além dessa foi coletada e considerada relevante pelos entrevistados.

### 3.3.3 A COOPERAÇÃO DO BRASIL EM MOÇAMBIQUE

Tratando, agora com maior ênfase, do papel do Brasil em Moçambique, podemos afirmar que a cooperação brasileira, de maneira geral, não é acompanhada de um pacote financeiro, é essencialmente técnica, com a possibilidade de enviar especialistas em diversas áreas, internacionalizando suas políticas públicas, ou melhor, suas *best practices*, o que o pode ocorrer com ou sem o aval de organismos internacionais. A lista de projetos em execução em Moçambique, organizada pela ABC, está disponível no Anexo D desta dissertação e a lista dos projetos em negociação com Moçambique encontra-se no Anexo E <sup>17</sup>. A política de cooperação brasileira para a África, segundo o entrevistado nº 19, está muito aquém das reais necessidades, gerando uma série de problemas administrativos, de tropeços e de dificuldades que complicam o desenrolar do trabalho. Ele considera que, se o país quer fazer Cooperação Sul-Sul, tem obrigação de disponibilizar os meios para isso, os quais, na verdade, são escassos e disputados.

Outro ponto que caracteriza o discurso da CSS é declarar que não impõe condicionalidades, opinião confirmada pelo entrevistado nº 2, segundo o qual, além disso, o Brasil não entrega dinheiro em espécie e faz uma cooperação principalmente de capacitação de pessoal tanto no Brasil quanto no país receptor da ajuda, assim como transfere tecnologia e conhecimento. Na opinião do entrevistado nº 3, o Brasil costuma dizer que sua cooperação não exige condicionalidades, mas declara que a condição

---

<sup>17</sup> Estas listas de projetos citadas são de autoria da Agência Brasileira de Cooperação (ABC) e datam do ano de 2010, que é a última publicação oficial do Governo brasileiro a respeito do tema.

imposta é o compromisso do país receptor, tanto se for exigida uma contrapartida financeira como o compromisso político de realmente se engajar nos projetos. Complementando essa informação, temos o relato do entrevistado nº 16: ele diz que, como os moçambicanos não estão acostumados a uma contrapartida na Cooperação Norte-Sul, estranham essa exigência na Cooperação Sul-Sul. Chegam, algumas vezes, a questionar o que ganhavam com essa ajuda, já que estavam sendo postos a trabalhar. Ainda sobre condicionalidades, o entrevistado nº 6 complementa que “até onde sabe, os projetos brasileiros com Moçambique não têm condicionalidades e o Brasil ganha com eles uma consolidação do seu *soft power* internacionalmente”.

Já a visão de nosso entrevistado nº 1 contraria o que é dito majoritariamente sobre a cooperação brasileira, quando afirma que ela é um instrumento de política externa. Segundo ele, a cooperação é uma área influenciada pelos organismos internacionais, considerando-a um instrumento, sim, mas desses organismos, principalmente da ONU. Afirma, ainda, acreditar que o PNUD tentará dominar a agenda da CSS.

Com relação aos pontos negativos e positivos na relação entre Brasil e Moçambique, vamos expor a opinião de alguns entrevistados. Para o entrevistado nº 2, vários fatores facilitam as relações Brasil/Moçambique; em primeiro lugar, a facilidade de os dois países falarem português. Além disso, Moçambique tem muita simpatia pelo Brasil, considerando-o “o irmão mais velho e bem-sucedido”. E como pontos negativos da parte do Brasil, ele cita: as dificuldades orçamentárias, já que, apesar dos avanços, o Brasil ainda é um país em desenvolvimento; as dificuldades na estrutura da cooperação brasileira, haja vista a ABC necessitar de mais autonomia do Itamaraty, só que não tem meios para conseguir isso; e os obstáculos pelo fato de os recursos humanos da ABC não serem tão autônomos, afirmando que o ideal seria que a ABC tivesse o seu quadro próprio de funcionários, como é o caso da USAIDS (Estados Unidos) e da JICA (Japão). Já como pontos negativos de Moçambique, ele enumera também os problemas orçamentários, já que todos os projetos brasileiros exigem uma contrapartida que, quando envolve dinheiro, o Governo moçambicano não corresponde; também cita o fato de os recursos humanos não serem qualificados e comenta sobre uma certa “lentidão cultural”, já que, em sua visão, os moçambicanos trabalham em outro ritmo. Já o entrevistado nº 3 cita como fatores facilitadores da relação entre os dois países a língua, as semelhanças culturais e o vínculo histórico que às vezes parece abstrato, mas que

acaba pesando bastante. Como pontos negativos, ele enumera as dificuldades nas respostas, a lentidão dos processos, exemplificando que, muitas vezes, um projeto que poderia ser executado em um ano leva dois para começar. Com isso, as prioridades dos governos mudam e perdem-se todo o trabalho e discussões feitas até então.

Por fim, o entrevistado nº 6 comenta que a língua ajuda, assim como o fato de ambos os países terem sido colonizados por Portugal e a identificação cultural com o esporte, a música e as novelas brasileiras (comenta ser muito comum os técnicos moçambicanos que vêm para o Brasil já chegarem sabendo a quantas anda o campeonato brasileiro de futebol, pois o acompanham do seu país). Em sua opinião, o que atrapalha são os resquícios da Cooperação Norte-Sul, a fragilidade das estruturas moçambicanas (e às vezes até a ausência) delas e a multiplicidade de atores envolvidos, o que dificulta a articulação entre todos eles, assim como a mudança de atores e a falta de continuidade. Ele afirma que trabalha com Moçambique desde 2008 e, em sua primeira missão, o país se encontrava com um cenário, um Ministro da Saúde. Hoje, talvez 60 a 70% desse cenário tenha mudado, o que complica o processo porque cada pessoa tem um perfil de trabalho.

Ao serem perguntados se o Brasil sugeriu a contratação de empresas brasileiras em seus projetos todos os entrevistados responderam que não, sem se estender muito na resposta. Apenas o entrevistado nº 3 foi mais esclarecedor, afirmando que, na área da saúde, a cooperação não tem nenhum interesse comercial por trás. Ele comentou que, no caso da fábrica, existe a participação da Vale, mas ela entrou como doadora de recursos, como a solução para um nó crítico que era a falta de dinheiro por parte de Moçambique, e não como uma empresa com intenção de retorno financeiro direto por meio daquele projeto.

Um ponto muito questionado pelos críticos da CID é a questão do legado, ou melhor, se os projetos após concluídos deixam realmente benefícios para a população do país receptor, ou se são apenas ações pontuais. Todos os entrevistados afirmaram acreditar que os projetos implementados pelo Brasil deixarão um legado para Moçambique, mas, como ainda estão em execução, não é possível afirmar com certeza se isso acontecerá — será necessário esperar o término dos projetos e analisar as pesquisas de avaliação e monitoramento relativas a eles. O entrevistado nº 3 afirma que, cada vez mais, o Brasil tem trabalhado com projetos estruturantes que deixam algo relevante para o país tocar quando estiver sozinho. Ele ressalta que a cooperação tem

suas limitações, exemplificando que o que ocorre ao se instituir uma política pública num país não vai acontecer da mesma forma em outro, mas que os esforços brasileiros são no sentido de que os projetos tenham um maior impacto e resultados ampliados. Segundo ele, uma característica interessante do Brasil é que o país coloca em sua cooperação o que ele tem de melhor, suas melhores práticas em matéria de políticas públicas, além de profissionais experientes, qualificados e muito comprometidos (no caso da saúde, muitos deles oriundos do movimento sanitário no Brasil). E isso não ocorre com todos os países que ajudam. Ele diz que uma lição aprendida na cooperação é que muitas vezes só o treinamento não é suficiente e, se ele não é suficiente, significa muitas vezes que ele não serve. Para ilustrar essa afirmação, ele fala de um projeto que aconteceu nos anos 1990, com Angola, Moçambique, Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe, que envolvia qualificação de alto nível, com treinamentos em São Paulo, mas que não foram muito significativos na prática porque, ao chegarem a seus países, eles não tinham medicamentos, não tinham testes, nem equipamentos, e, não tendo aplicação, o treinamento se perde. Já em relação especificamente à fábrica, o entrevistado nº 6 acredita que ela deixará um legado, sim, para o país, já que mexerá na produção local de medicamento e, por ser um projeto estruturante, também prevê a criação de um órgão regulador de medicamentos.

A mesma situação ocorreu quando perguntados se podem afirmar que nos projetos houve uma transferência exitosa de política pública. Eles acreditam que sim, pelo que presenciam por enquanto, mas só podem afirmar ao término dos projetos.

Analisando a cooperação numa perspectiva da história recente brasileira, o Governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), na opinião do entrevistado nº 1, foi um divisor de águas no sentido de dar grande destaque à área da saúde na política externa e na cooperação. Ele acredita que isso ocorreu, pois, nessa área, é que o Brasil tem as melhores práticas. E, em sua opinião, os organismos internacionais fazem grande divulgação dessas boas práticas brasileiras já que isso é bom para eles também, pois aí o Brasil passa a ser a solução para grandes problemas. Eles pegam a experiência brasileira, tiram do contexto original e a levam para outros países, só que, em sua opinião, isso não funciona. Ele acredita que a experiência brasileira é resultado de um processo histórico, com uma liderança forte, com um Estado forte, e isso não é exportado. O correto, em sua visão, seria reconhecer a complexidade das coisas, definir

prioridades uma vez que não dá para atender a tudo e escolher um país que realmente seja adequado para receber a ação de cooperação brasileira.

Na sequência de FHC, vieram os dois governos Lula (2003 -2010), como já comentamos neste trabalho, quando houve um adensamento das ações de cooperação brasileira com a África, já que, segundo esse ex-presidente, o Brasil precisava dar prioridade ao continente africano porque tinha “uma dívida histórica com a África”, pois muitos africanos deram seu sangue trabalhando como escravos na construção do Brasil. Nosso entrevistado nº 2 reafirma o que dissemos acima: foi na gestão Lula que houve o maior aporte de recursos e investimentos por parte do Brasil nas ações de CSS e ressaltamos também a importância, nesse processo, de Celso Amorim, então Ministro das Relações Exteriores. Ele diz que Lula enfatizou a CSS com Moçambique, principalmente através de dois temas: a doação da fábrica e o estímulo ao ensino a distância. E complementa seu discurso, dizendo que até 2010 a cooperação brasileira veio crescendo bastante, mas, a partir de 2011, o orçamento da ABC foi amplamente reduzido, com um corte em torno de 30%. Ele acredita que isso aconteceu por vários motivos, entre eles a mudança na Presidência da República brasileira, a crise internacional e a desvalorização do dólar. Ele informa também que não existe nenhuma lei que diga que a cooperação técnica brasileira tenha que ser feita exclusivamente pela ABC, podendo qualquer ministério cooperar sem ter que avisar a ela. Porém, para usar os recursos e ferramentas de política externa do Itamaraty, todos acabam comunicando e recorrendo à ABC.

Nosso entrevistado nº 7 afirma que pouco se sabe como se consolidará realmente essa ajuda brasileira, mas sua impressão inicial é que o grau de internacionalização do Brasil ainda é muito baixo, faltando sensibilidade em relação ao outro e havendo uma tendência de trazer a burocracia estatal, da forma como funciona no Brasil, para o contexto internacional onde as dinâmicas são outras. Ele acredita que o Brasil tem grande vantagem comparativa nas áreas de ciência, tecnologia e ensino superior. Já, de acordo com nosso entrevistado nº 19, a cooperação é hoje, sem dúvida, o topo da agenda da embaixada brasileira em Moçambique, ocupando a maior parte do tempo do trabalho de todos os funcionários. Ele afirma que isso ocorre porque Moçambique é hoje, tirando os países do MERCOSUL, o país com que o Brasil tem mais projetos de cooperação, segundo ele, mais de 40. E ressaltamos que a embaixada brasileira em Maputo não executa os projetos, apenas os acompanha, distribuindo o trabalho entre cinco

diplomatas. Outro ponto que ele menciona é o fato de existir forte presença europeia no país e a atual presença dos emergentes causar um certo desconforto, gerando ciúmes e receios de perda da proeminência. Ele comenta também sobre a existência de competição entre os parceiros, complementando que considera a cooperação um elemento de *soft power*, mas não que ela seja feita como tal. Ele afirma que ela pode ser concebida como um instrumento ético, mas que é quase impossível que ela não gere benefícios morais, de prestígio de postura política.

Foi noticiado pela imprensa brasileira que, com a intenção de intensificar a cooperação entre o Brasil e Moçambique, será criada na província de Niassa, no norte do país, a Casa do Pesquisador Brasileiro em Moçambique, o que permitirá o aumento da frequência de missões brasileiras. O projeto é uma parceria de universidades brasileiras com a universidade Lúrio, em Moçambique, que se comprometeu em encontrar um espaço para montar a casa. O envio de equipamentos e a reforma da casa caberão ao Brasil. Segundo essa fonte, a ABC tem hoje 97 projetos de Cooperação Sul-Sul com Moçambique (EBC, 2012).

Em relação ao Brasil, o entrevistado nº 14 afirma que pouco se fala sobre o país, ressaltando, porém, que muito foi comentado apenas em duas ocasiões: na época em que a Companhia Vale do Rio Doce assumiu o controle da linha férrea para o escoamento de carvão, que explora na região de Moatize, e em relação à construção da fábrica de antirretrovirais e outros medicamentos, cujo projeto tem como entidade executora a FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz), que é uma grande fundação, vinculada ao Ministério da Saúde brasileiro, formada por várias unidades especializadas.

A EMBRAPA (Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária) é outra instituição brasileira muito atuante em Moçambique. Segundo nosso entrevistado nº 17, hoje eles não têm necessidade de ofertar cooperação, pois somente a demanda que existe já é muito maior do que a oferta potencial da Embrapa. E complementa que qualquer projeto que chegue até eles é encaminhado à ABC (Agência Brasileira de Cooperação) e é desenvolvido dentro do âmbito da cooperação técnica do Governo brasileiro. Ele informa que, no momento, está dando atenção especial a três projetos em Moçambique, todos de cooperação trilateral, sendo dois com os EUA (segurança alimentar) e um com o Japão (Pró-Savana). Ele afirma que o escritório da Embrapa foi criado em Moçambique em função da relevância desses três projetos, e ressalta a importância do

projeto de criação de uma plataforma tecnológica que atualmente reúne doze instituições internacionais que trocam experiências entre si e com o IAN (Instituto de Investigação Agrária). A Embrapa atua em toda a África, sendo Moçambique o país com maior número de projetos: cinco (tabela com países e projetos disponível no Anexo C). O entrevistado nº 17 fala da importância de adaptar os projetos às condições locais do país receptor, ressaltando que, no caso de Moçambique, não adianta trazer uma tecnologia de pacote fechado e querer implantá-la no país. Ele afirma que 70% dos agricultores do país são de subsistência e que não dominam os mecanismos da agricultura comercial, que se baseia na acumulação de capital. Sendo assim, desconhecendo a agricultura moderna, não adianta simplesmente entregar-lhes sementes. É preciso, sim, começar muito antes disso, fornecendo informações e tecnologias para que eles possam absorver o aprendizado. Ele destaca a importância desse trabalho, já que não existe na história da humanidade nenhum caso de sucesso em termos de segurança alimentar que seja baseado em agricultura de subsistência. Ele afirma que há previsões para que, em torno de 2020, Moçambique se torne um país urbano, o que significa que pelo menos 50% da população não produz alimentos, mas precisa consumi-los. E a agricultura de subsistência em Moçambique não produz excedentes para isso.

Entrando agora, especificamente no projeto Pró-Savana, sabe-se que ele é uma replicação de um projeto realizado no Centro-Oeste brasileiro, onde foram implantadas monoculturas destinadas à exportação, e a ideia é repetir esse modelo em Moçambique, onde há clima e terra semelhantes. Só que, em Moçambique, a propriedade da terra é da União, então esta fez uma cessão de 6 milhões de hectares a estrangeiros, de forma a viabilizar o projeto (O GLOBO, 2012). Segundo nosso entrevistado nº 17, o Pró-Savana é essencialmente um programa do Governo brasileiro; o Japão entrou com a parte financeira na forma de empréstimo e também forneceu equipamentos e pesquisadores. Ele revela a preocupação (embora seja ainda muito cedo para isso, pois o projeto está no começo) de que o Governo moçambicano não se aproprie do projeto, e encerra seu discurso falando da importância da contraparte moçambicana na contratação de pessoal, já que as equipes da Embrapa são muito pequenas.

Nota-se que o Pró-Savana é um projeto que divide opiniões: uns acreditam que ele, de certa forma, pode inserir Moçambique internacionalmente no *agribusiness*, através da exportação de *commodities*, enquanto outros ressaltam o possível impacto

negativo e dramático que ele pode trazer para o país. De acordo com nosso entrevistado nº 7, foi publicada uma matéria em algum jornal brasileiro onde o presidente de uma associação de fazendeiros dizia que esse projeto era uma boa oportunidade de ir para a África uma vez que lá seria muito mais fácil desmatar do que no Brasil, o que gerou uma forte reação da sociedade civil sobre os possíveis e danosos impactos desse projeto. Para ele, nenhum doador tradicional assinaria um contrato como esse com Moçambique sem antes consultar a opinião da sociedade civil moçambicana, o que não foi feito pelo Brasil e pelo Japão. Achamos oportuno complementar a visão acima com a do nosso entrevistado nº 9, que diz que o Pró-Savana terá que investir muito em infraestrutura e que talvez seja um projeto diferente de tudo que já foi feito, pois, na região onde ele acontecerá, tem o porto de Nacala, agora o aeroporto de Nacala e o próprio corredor de Nacala; portanto, a produção pode ser escoada para exportação. O grande desafio será construir estradas conectadas ao corredor de Nacala. Por fim, achamos oportuno comentar o fato divulgado na imprensa brasileira, segundo o qual a União Nacional de Camponeses de Moçambique publicou recentemente um documento sobre o Pró-Savana, reclamando da falta de informação e transparência e da expropriação de camponeses, o que vem criando no país a categoria dos sem terra (O GLOBO, 2012).

Falando agora, especificamente das empresas privadas brasileiras, estima-se que, graças ao somatório de seus investimentos, que beiram US\$ 770 milhões, o Brasil tenha se tornado, em 2012, o maior investidor estrangeiro em Moçambique, posto anteriormente ocupado por Portugal. Acredita-se que os investidores brasileiros pretendam usar a experiência em Moçambique como forma de chegar a outros mercados maiores, como a China, por exemplo. São inúmeras as empresas atuando no país, destacando-se dentre elas: a Vale do Rio Doce (exploração de carvão em Moatize), a Camargo Corrêa (construção hidrelétrica no Rio Zambese), a Norberto Odebrecht (construção do aeroporto de Nacala), entre outras (*Ibidem*).

Como sublinhamos acima, a Norberto Odebrecht atua em Moçambique desde 2011, estando presente na região do Tete. Segundo nosso entrevistado nº 10, a empresa realiza diversos projetos na área de construção civil, destacando-se a construção do aeroporto de Nacala, tendo também como objetivo se envolver no Pró-Savana. O entrevistado nº 20 cita um caso recente de racismo que ocorreu com pessoas dessa empresa e moçambicanos, mas não entra em detalhes. Em complemento ao acima exposto, nosso entrevistado nº 19 afirma que o Brasil se tornou alvo de muita crítica em

Moçambique, inclusive de imperialista, no plano do relacionamento de empresários brasileiros com moçambicanos em razão do racismo. Ele pondera que as instituições de governo, como o Itamaraty, por exemplo, são mais experientes e, até pela própria profissão, não cometem esse erro. No entanto, quando uma empresa brasileira qualquer leva para o país 50 funcionários, geralmente não há um treinamento, uma preparação e eles trazem consigo seus vícios na maneira de tratar o outro, o que muitas vezes tem gerado problemas. Segundo ele, a solução seria se organizar antes de ir para Moçambique, promover seminários ainda no Brasil e tratar também dos temas polêmicos, como o racismo.

### **3.4 O PANORAMA SOBRE A COOPERAÇÃO OFICIAL BRASILEIRA EM MOÇAMBIQUE NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA**

A cooperação brasileira em saúde, segundo nosso entrevistado nº 3, existe para atender a uma demanda da política externa do País, e atualmente uma questão muito trabalhada é a da solidariedade entre os povos, dos direitos humanos, que ele considera um enfoque novo, inclusive nas Nações Unidas que têm agora um setor trabalhando a cooperação como um direito humano. Desde o começo do século XXI, a ONU vem atuando nesse campo (HAMM, 2001).

Do ponto de vista da saúde global, ele afirma que a cooperação se justifica, pois as questões de saúde global não podem ser tratadas respeitando fronteiras, porquanto as doenças não as respeitam. Conforme afirma, já que cada vez mais assistimos a uma globalização das doenças, temos de ter também uma globalização das respostas, exemplificando com a questão do vírus H1N1 da gripe, que surgiu recentemente em um país e gerou pânico global. A AIDS também é outro exemplo que necessita de uma mobilização de todo o mundo para se conseguir algum resultado. No caso de Moçambique especificamente, ele afirma acreditar que o Brasil tenha condição de fazer a diferença no país na área de saúde, pela facilidade da língua e todas as afinidades culturais. Ele diz que, na área da saúde, o Brasil tenta em seus projetos fazer uma cooperação estruturante, através de um trabalho responsável, que agregue valor e, para isso, é preciso ter uma visão que se tem internamente no Brasil dentro do SUS, que é uma visão de integralidade, mesmo que seja deficiente.

No relato de nosso entrevistado nº 11, a cooperação brasileira na área de saúde em Moçambique, de uma forma geral, pode ser resumida em assistência técnica para casos muito pontuais. Ele afirmou que existem muitos acordos assinados, ressaltando que o principal no momento é o projeto brasileiro da fábrica de antirretrovirais para o combate ao HIV/SIDA, cuja responsabilidade técnica é da FIOCRUZ. Com relação à forma como surge a ajuda, o entrevistado disse que não há um padrão único, mas citou a troca de experiências que acontecem em viagens feitas ao exterior e visitas recebidas no país. Esse aspecto da cooperação brasileira em saúde como uma cooperação estruturante foi mencionado por alguns entrevistados. Nas palavras do entrevistado nº 16, trata-se de um conjunto de ações que visa, em última instância, ao fortalecimento do sistema nacional de saúde.

De acordo com informações obtidas na AISA (Assessoria Internacional de Assuntos em Saúde)<sup>18</sup>, do Ministério da Saúde brasileiro, os projetos realizados na área da saúde do Brasil para Moçambique são dez, que serão analisados um a um no decorrer deste item do Capítulo 3. Os projetos são implementados por cinco instituições executoras brasileiras, a saber:

- FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz (projetos 1 a 5);
- ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (projeto 6);
- INCA – Instituto Nacional do Câncer (projeto 7);
- SAS – Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (projetos 8 e 9);
- SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (projeto 10).

É necessário salientar que a FIOCRUZ executa os projetos 3, 4 e 5 através do Instituto Fernandes Figueira (IFF), que é uma das suas unidades mais particularmente voltada para a assistência, o ensino, a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico. E, no projeto 10, executado pela SVS, ela tem uma participação como coexecutora através de outra unidade, a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).

Seguem abaixo, no Quadro 05, os projetos, divididos por instituição executora.

---

<sup>18</sup> Informações obtidas em outubro de 2012, em visita à AISA em Brasília, onde recebemos uma tabela com os resumos dos dez projetos. Essa tabela não foi publicada em nenhum lugar; por isso, vamos denominá-la de “Tabela AISA, 2012”.

Quadro 05: Projetos brasileiros na área da saúde para Moçambique por instituição executora.

| <b>Projetos FIOCRUZ</b>                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1)</b> Estudo de viabilidade técnico-econômico para a instalação de fábrica de medicamentos em Moçambique para a produção de medicamentos antirretrovirais e outros.           |
| <b>2)</b> Capacitação em produção de medicamentos antirretrovirais.                                                                                                               |
| <b>3)</b> Apoio aos programas de saúde infantil, reprodutiva e do adolescente – banco de leite.                                                                                   |
| <b>4)</b> Apoio aos programas de saúde infantil, reprodutiva e do adolescente – núcleo de tele-saúde, ensino a distância e bibliotecas.                                           |
| <b>5)</b> Apoio aos programas de saúde infantil, reprodutiva e do adolescente – atenção à saúde materna e neonatal e fortalecimento de ações de promoção da saúde do adolescente. |
| <b>Projeto ANVISA</b>                                                                                                                                                             |
| <b>6)</b> Fortalecimento institucional do órgão regulador de medicamentos de Moçambique como agente regulador do setor farmacêutico.                                              |
| <b>Projeto INCA</b>                                                                                                                                                               |
| <b>7)</b> Fortalecimento das ações de prevenção e controle do câncer em Moçambique.                                                                                               |
| <b>Projetos SAS</b>                                                                                                                                                               |
| <b>8)</b> Apoio ao desenvolvimento de política nacional de saúde oral em Moçambique – pesquisa em saúde bucal na capital Maputo.                                                  |
| <b>9)</b> Apoio ao sistema de atendimento oral de Moçambique – capacitação de técnicos moçambicanos em prótese dentária.                                                          |
| <b>Projeto SVS</b>                                                                                                                                                                |
| <b>10)</b> Fortalecimento da resposta à epidemia de HIV/SIDA de Moçambique.                                                                                                       |

Fonte: Tabela AISA. Com elaboração da autora.

A seguir, analisaremos cada um dos projetos<sup>19</sup>; antes, porém, prestaremos alguns esclarecimentos. Alinhado com o objetivo deste trabalho, não será feita uma análise detalhada e esmiuçada de cada ponto de cada projeto — faremos, sim, uma análise geral, já que nosso objetivo é montar um quadro com os projetos de ajuda do Governo brasileiro a Moçambique na área da saúde. Como o corte de nossa pesquisa enquadra apenas a cooperação prestada pelo Governo brasileiro, e os documentos e projetos a respeito dela são documentos oficiais, por algumas vezes tivemos dificuldade de conseguir que nossos entrevistados nos fornecessem os próprios projetos e documentos oficiais. Alguns nos forneceram, pedindo que usássemos apenas as informações, mas não os circulássemos, e outros nos deram documentos, talvez até propositadamente, incompletos. Entendemos, porém, que esse é um problema frequente nesse tipo de pesquisa, e vamos limitar-nos ao material a que tivemos acesso, deixando claro sempre que tivermos encontrado um problema desse tipo. De fato, essa questão nos remete a outra ordem de problemas e lacunas da atual CSS do Brasil em geral, que diz respeito à transparência, sistematização dos dados e avaliação dos resultados. Outro esclarecimento importante se refere às tabelas, sempre apresentadas no início de cada projeto, onde o valor dos projetos representa o valor total do projeto. Quando tivermos informações detalhadas, citaremos, ao longo do texto, que parte desse valor corresponde a uma determinada instituição. Ainda sobre as tabelas, esclarecemos que, no item “financiador”, sempre aparecerá a instituição responsável pelo maior montante financeiro.

Tabela 01 - PROJETO 1: Estudo de viabilidade técnico-econômico para a instalação de fábrica de medicamentos, em Moçambique, para a produção de medicamentos antirretrovirais e outros

---

<sup>19</sup> Dos dez projetos que estudamos, não tivemos acesso aos documentos originais de três deles, sendo que dois porque não foram disponibilizados e um porque ainda está em negociação. A lista com os projetos a que tivemos acesso e consultamos está disponível no Apêndice C.

| PROJETO 1                    |                                                                                                               |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Síntese</b>               | <b>O projeto visa estudar a viabilidade técnica e econômica para a instalação da fábrica de medicamentos.</b> |
| <b>Status</b>                | Concluído.                                                                                                    |
| <b>Instituição Executora</b> | FIOCRUZ.                                                                                                      |
| <b>Área Temática</b>         | HIV/AIDS.                                                                                                     |
| <b>Financiador</b>           | ABC.                                                                                                          |
| <b>Valor Total US\$</b>      | 500.000,00.                                                                                                   |
| <b>Data da Assinatura</b>    | Julho/2005.                                                                                                   |

Fonte: Tabela AISA, 2012. Com elaboração da autora.

Por considerarmos esse o projeto de maior vulto e importância — dada a progressão da epidemia do HIV/AIDS em Moçambique e todas as suas drásticas consequências —, optamos por destacá-lo no próximo item deste Capítulo (3.5), onde poderemos dar uma atenção maior a cada um de seus detalhes. Como se pode notar, ele gerou outros projetos que o complementam ou a ele dão continuidade, como é o caso do projeto 2, que trata da capacitação de pessoal para a fábrica, do projeto 6, que fala do fortalecimento de um órgão regulador de medicamentos no país, e do projeto 10, que é uma cooperação triangular entre Brasil, EUA e Moçambique, unindo esforços no combate à citada epidemia.

Tabela 02 - PROJETO 2: Capacitação em produção de medicamentos antirretrovirais

| PROJETO 2                    |                                                                                                                                                                          |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Síntese</b>               | <b>O projeto visa capacitar e fornecer conhecimentos aos profissionais moçambicanos que atuarão nas operações de produção de medicamentos antirretrovirais e outros.</b> |
| <b>Status</b>                | Em execução.                                                                                                                                                             |
| <b>Instituição Executora</b> | FIOCRUZ.                                                                                                                                                                 |

|                           |                |
|---------------------------|----------------|
| <b>Área Temática</b>      | HIV/AIDS.      |
| <b>Financiador</b>        | ABC.           |
| <b>Valor Total US\$</b>   | 1.009.208,00.  |
| <b>Data da Assinatura</b> | Setembro/2008. |

Fonte: Tabela AISA, 2012. Com elaboração da autora.

Iniciamos a análise desse projeto, informando que o material a que tivemos acesso trata-se da revisão E do projeto, que se justificou pela defasagem entre o período em que o projeto foi desenvolvido e a data em que as atividades foram retomadas, em maio de 2011.

A base legal do projeto fundamenta-se: (a) no Acordo Geral de Cooperação entre a República Federativa e o Governo da República de Moçambique, firmado em Brasília, no dia 15 de setembro de 1981, e promulgado em 9 de julho de 1984; (b) no Protocolo de Intenções entre o Governo da República Federativa do Brasil e a República de Moçambique sobre Cooperação Científica e Tecnológica na Área de Saúde, firmado em Maputo, em 5 de novembro de 2003; e (c) no Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique para implementação do Projeto “Treinamento em Produção de Medicamentos Antirretrovirais”, firmado em Brasília, no dia 4 de setembro de 2008.

A instituição executora por parte do Brasil é o Ministério da Saúde, através da FIOCRUZ, e a coordenação é feita pela ABC e pela AISA. Em Moçambique, a execução é feita pelo MISAU e a coordenação, pelo Governo moçambicano através do Ministério dos Negócios Estrangeiros e Cooperação e Secretário Permanente e da Direção de Planificação e Cooperação do Ministério da Saúde.

A vigência do projeto é de 36 meses a partir da data da última assinatura.

O custo total do projeto é de US\$ 1.009.208,00, sendo que US\$ 754.530,00 cabem ao Governo brasileiro; US\$ 197.378,00, ao Ministério da Saúde/FIOCRUZ; e US\$ 57.300,00, ao Ministério da Saúde de Moçambique.

O projeto se justifica por ser parte do empreendimento de instalação da fábrica de antirretrovirais e outros equipamentos, tendo o atraso nas suas obras impactado este projeto de capacitação, o que resultou num atraso de 16 meses. Além disso, a FIOCRUZ

identificou a necessidade de alterar a metodologia inicialmente planejada devido à experiência obtida com a primeira capacitação, ocorrida com técnicos moçambicanos em dezembro de 2008.

Segundo o entrevistado nº 6, a capacitação dos recursos humanos é uma parte difícil, mas importantíssima, que só termina quando os equipamentos estiverem todos instalados e os técnicos possam treinar neles.

Tabela 03 - PROJETO 3: Apoio aos programas de saúde infantil, reprodutiva e do adolescente – Banco de Leite

| <b>PROJETO 3</b>             |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Síntese</b>               | <b>O projeto visa à implantação do Banco de Leite em Moçambique, uma estratégia de segurança alimentar e nutricional para recém-nascidos de risco e do Centro de Lactação, uma estratégia de fortalecimento do plano de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno de Moçambique.</b> |
| <b>Status</b>                | Em execução.                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Instituição Executora</b> | FIOCRUZ/IFF.                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Área Temática</b>         | Saúde materno-infantil.                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Financiador</b>           | ABC.                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Valor Total US\$</b>      | 519.080,00.                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Data da Assinatura</b>    | 2011.                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

Fonte: Tabela AISA, 2012. Com elaboração da autora.

O projeto se justifica plenamente já que a fome, a desnutrição e a mortalidade infantis são um dos maiores problemas em Moçambique. Ele foi firmado durante uma visita do Presidente Lula a Moçambique em novembro de 2010 e será implantado no Hospital Central de Maputo. O projeto se alinha diretamente com os esforços para o atingimento dos Objetivos do Milênio 4 e 5, que buscam a redução da mortalidade

infantil e materna. Segundo o jornal moçambicano “O País”, para cada 1.000 crianças que nascem em Moçambique, 48 morrem nos primeiros 28 dias. Sendo assim, este projeto busca o desenvolvimento de uma política pública orientada para o incentivo ao aleitamento materno, visando à implantação de um banco de leite humano (BLH) e de um centro de lactação a fim de atender os recém-nascidos de baixo peso ou aqueles cujas mães não possam amamentar. A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (Rede BLH-BR) é reconhecida pela OMS e recebeu o Prêmio Sasakawa de Saúde de 2001 pelo impacto positivo de suas ações na área da saúde infantil. Os objetivos são: estabelecer o diagnóstico da realidade local; elaborar o projeto de implementação de um banco de leite humano de referência nacional com transferência de tecnologia; planejar e capacitar profissionais para fortalecer os programas de atenção materno-infantil em seus diferentes níveis de complexidade; implementar as atividades do BLH na perspectiva do trabalho em rede; apoiar o desenvolvimento de um sistema de informações em BLH, visando à integração com outros países; prestar as informações técnicas necessárias à instalação física e de equipamentos do BLH, visando possibilitar seu funcionamento em condições ideais.

Os resultados esperados são: (1) diagnosticar a realidade inicial local (já realizado); (2) elaborar o projeto de implantação das redes de BLH (já realizado); (3) capacitar técnicos quanto ao funcionamento, processamento e controle de qualidade do leite materno; (4) desenvolver e implantar o sistema de informações em BLH e (5) monitorar e avaliar o projeto.

Segundo nosso entrevistado nº 11, o equipamento para a montagem do Banco de Leite já chegou a Moçambique (informação obtida em outubro de 2012) e a troca de equipes técnicas já está acontecendo há, pelo menos, dois anos.

Segundo o entrevistado nº 16, o processo de instalação do Banco de Leite está sendo muito demorado, pois, conforme diz, a cooperação brasileira tem essa característica de demorar na negociação do projeto. Ele acredita que já estejam negociando há uns três anos. E informa que o prédio que sediará o projeto está abandonado, no Hospital Central de Maputo, e que, no período em que a entrevista foi realizada, eles estavam visitando uma empresa que fará o projeto arquitetônico.

Tabela 04 - PROJETO 4: Apoio aos programas de saúde infantil, reprodutiva e do adolescente – Núcleo de Tele-saúde, Ensino a Distância e Bibliotecas

| <b>PROJETO 4</b>             |                                                                                                                                                                    |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Síntese</b>               | <b>O projeto visa implementar o Núcleo de Tele-saúde e ensino a distância em saúde da mulher, criança e do adolescente de Moçambique e da Biblioteca Temática.</b> |
| <b>Status</b>                | Em execução.                                                                                                                                                       |
| <b>Instituição Executora</b> | FIOCRUZ/IFF.                                                                                                                                                       |
| <b>Área Temática</b>         | Saúde materno-infantil.                                                                                                                                            |
| <b>Financiador</b>           | ABC.                                                                                                                                                               |
| <b>Valor Total US\$</b>      | 317.200,00.                                                                                                                                                        |
| <b>Data da Assinatura</b>    | 2011.                                                                                                                                                              |

Fonte: Tabela AISA, 2012. Com elaboração da autora.

Por parte do Brasil, as instituições executoras são o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira e o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/FIOCRUZ).

O projeto se justifica pelos mesmos motivos do projeto 3, ou seja, o fato de a fome, a desnutrição e a mortalidade infantil serem um dos maiores problemas de Moçambique. E visa desenvolver uma política para formação de estrutura e capacitação de recursos humanos na área de informação em saúde da mulher, criança e adolescente. O projeto tem os seguintes objetivos principais: (a) estabelecer o diagnóstico da realidade local em termos de oferta e demanda por informação, aperfeiçoamento, comunicação e leitura técnica; (b) elaborar o projeto de implantação do canal Tele-Saúde e biblioteca temática da mulher, criança e adolescente; (c) viabilizar a criação de biblioteca física e virtual, além da disponibilização de produtos, serviços e treinamento para acesso e recuperação da informação em ciências de saúde; (d) estudar a seleção e formação de coleções, fontes de informações virtuais e a disponibilização de tecnologias de acesso à informação; (e) capacitar recursos humanos para multiplicação e manutenção do projeto; (f) desenvolver estratégias para ampliar as ações no campo da informação científica, da comunicação e da ciência e tecnologia em saúde; (g) integrar ao projeto de cooperação a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a Rede de Bibliotecas

da FIOCRUZ, os sistemas de informação, os portais FIOCRUZ de Teses e Dissertações e a Revista Eletrônica de Comunicação Informação em Saúde (RECIIS).

Os resultados esperados são os seguintes: (a) diagnosticar a situação encontrada em termos de oferta e demanda por informação, aperfeiçoamento, comunicação e leitura técnica; (b) elaborar projeto de instalação do Centro de Tele-Saúde e da Biblioteca Temática; (c) disponibilizar a estrutura física básica necessária para o funcionamento da biblioteca; (d) desenvolver o portal institucional da biblioteca para o acesso remoto ao acervo da biblioteca do Instituto Fernandes Figueira; (e) selecionar equipe básica de técnicos para capacitação em gestão, processamento, circulação e disseminação da informação selecionada; (f) realizar videoconferências temáticas mensais para acompanhamento e avaliação das ações previstas realizadas; (g) implantar o projeto de canal Tele-Saúde e Biblioteca Temática da mulher, criança e adolescente.

Tabela 05 - PROJETO 5: Apoio aos programas de saúde infantil, reprodutiva e do adolescente – Atenção à saúde materna e neonatal e fortalecimento de ações de promoção da saúde do adolescente

| <b>PROJETO 5</b>             |                                                                                                  |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Síntese</b>               | <b>O projeto visa fortalecer as ações de atenção à saúde materna, neonatal e do adolescente.</b> |
| <b>Status</b>                | Em negociação.                                                                                   |
| <b>Instituição Executora</b> | FIOCRUZ/IFF.                                                                                     |
| <b>Área Temática</b>         | Saúde materno-infantil.                                                                          |
| <b>Financiador</b>           | ABC.                                                                                             |
| <b>Valor Total US\$</b>      | -                                                                                                |
| <b>Data da Assinatura</b>    | -                                                                                                |

Fonte: Tabela AISA, 2012. Com elaboração da autora.

Esse projeto ainda está em negociação, por isso não tivemos acesso às informações de que precisávamos. O que conseguimos saber é que ele se justifica pela

necessidade, apontada pelo MISAU, de configurar um espaço de articulação de ações estratégicas no setor de saúde, já que a redução dos índices de mortalidade materna, neonatal e infantil têm ocupado lugar de destaque na agenda da saúde pública em Moçambique.

Tabela 06 - PROJETO 6: Fortalecimento institucional do órgão regulador de medicamentos de Moçambique como agente regulador do setor farmacêutico

| <b>PROJETO 6</b>      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Síntese               | O projeto visa promover capacitação e intercâmbio de informações e experiências nas áreas de regulação farmacêutica, visando ao fortalecimento institucional do Órgão Regulador de Medicamentos de Moçambique como agente regulador do setor farmacêutico, abrangendo as seguintes áreas: registro (com ênfase em genéricos), regulação econômica e inspeção de medicamentos, laboratórios, combate à falsificação e medicamentos controlados, pesquisa clínica, farmacovigilância e regulação pós-mercado de medicamentos e produtos para a saúde (Projeto Hospitais Sentinela). |
| Status                | 1ª fase, concluída; 2ª, em discussão.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Instituição Executora | ANVISA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Área Temática         | Regulação farmacêutica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Financiador           | ABC.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Valor Total US\$      | 453.236,00.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Data da Assinatura    | Setembro/2008.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

Fonte: Tabela AISA, 2012. Com elaboração da autora.

Antes de iniciarmos, faz-se necessário um esclarecimento uma vez que esse projeto tem duas fases. A segunda fase está sendo discutida, e por enquanto não existe nada documentado a respeito, nem nada foi assinado.

A base legal desse projeto segue: (a) o Acordo Geral de Cooperação entre a República Federativa e o Governo da República de Moçambique, firmado em Brasília, no dia 15 de setembro de 1981 e promulgado em 9 de julho de 1984; (b) o Protocolo de Intenções entre o Governo da República Federativa do Brasil e a República de Moçambique sobre Cooperação Técnica na Área de Saúde, firmado em Brasília, no dia 20 de junho de 2001.

A unidade executora é a ANVISA e duas unidades coordenadoras: no Brasil, a ABC, e em Moçambique, o Ministério da Saúde (MISAU).

Quanto ao prazo, foram estimados 10 meses para a execução da primeira fase, podendo ser prorrogado.

Em relação aos custos, o valor total do projeto é o da tabela acima: US\$ 453.236,00, dos quais US\$ 378.242,00 correspondem à parte da ABC.

Esse projeto se justifica por estar sendo instalada em Moçambique a fábrica de medicamentos e porque é necessário enquadrar as responsabilidades do MISAU na área farmacêutica dentro de um quadro jurídico que regule todo o mercado, público e privado, de medicamentos, vacinas e outros produtos, com ênfase nos antirretrovirais. A criação desse órgão regulador desses produtos foi uma recomendação da OMS para garantir a boa qualidade, a segurança e preços acessíveis dos mesmos. Dessa forma, houve uma solicitação da ANVISA para que a mesma se insira no plano de negócios, acompanhando as ações de transferência de tecnologia relativas à vigilância sanitária e, também, capacitando os técnicos do futuro órgão. O MISAU demonstrou interesse para que a ANVISA seja a agência reguladora de referência do país. Em 2008, o referido órgão moçambicano possuía 32 funcionários, sendo 10 farmacêuticos, cujas funções incluíam atividades para futuro registro de medicamentos; inspeção a importadores e distribuidores de medicamentos, assim como farmácias; farmacovigilância e elaboração de legislação para o setor farmacêutico. É válido mencionar que uma das prioridades do MISAU é controlar preços dos medicamentos e combater a falsificação dos mesmos.

De maneira geral, o resultado esperado no final do projeto é que se tenha contribuído para o fortalecimento institucional do órgão regulador de medicamentos de Moçambique, por meio de intercâmbio de informações e que isso gere um planejamento de modelos de referência na área de regulação de medicamentos. Vamos então detalhar melhor esses resultados esperados: (1) ter revisado a estrutura organizacional do órgão regulador moçambicano; (2) ter capacitado esse órgão para o registro de medicamentos;

(3) ter efetuado a transferência de conhecimentos na área de regulação econômica de medicamentos; (4) ter compartilhado conhecimentos sobre inspeção de medicamentos e instituições; (5) ter realizado a capacitação na área de garantia de qualidade, incluindo o controle laboratorial; (6) ter realizado a capacitação do órgão regulador no combate à falsificação de medicamentos e no controle de psicotrópicos e estupefacientes; (7) ter efetuado a capacitação técnica do órgão regulador na área de pesquisa clínica; (8) ter efetuado o intercâmbio de conhecimentos na área de farmacovigilância, com foco no uso racional de medicamentos; (9) ter efetuado a transferência de conhecimentos na área de regulação de pós-mercado de medicamentos e produtos para saúde, com foco em serviços e profissionais de saúde, utilizando como modelo o Projeto Hospitais Sentinela da ANVISA; (10) ter avaliado e monitorado o projeto.

De acordo com nosso entrevistado nº 22, a primeira fase do projeto sofreu uma descontinuidade em função de mudanças políticas, já que a saída do Ministro da Saúde Moçambicano levou a mudanças na gestão do departamento farmacêutico do país, com a substituição de 50% dos técnicos que atuavam nessa instituição. Muitos deles já tinham participado do projeto de cooperação com a ANVISA. Por isso, será necessário que a segunda fase volte um pouco atrás e englobe áreas que já haviam sido abordadas na primeira fase. Apesar desses problemas, o entrevistado considera que a primeira fase foi bem-sucedida no alcance dos resultados, indo além do que foi previsto em alguns pontos, e já foi feita uma visita a Moçambique para a avaliação da mesma. Nessa ocasião, foram constatadas as seguintes áreas de interesse para continuidade do projeto na segunda fase: registro de medicamentos e produtos de saúde, farmacovigilância, pesquisa clínica, inspeção, administração, área jurídica e regulação econômica de medicamentos. O entrevistado afirma que vale ressaltar que a atual Direção Nacional de Farmácia Moçambicana tem firmado novas parcerias de cooperação com instituições estrangeiras, cada qual em um domínio, junto com a autoridade sanitária de Moçambique.

Já segundo nosso entrevistado nº 2, a ideia da segunda fase é montar um laboratório. Ele informa que Moçambique tem um Departamento Farmacêutico que foi capacitado e recebeu manuais internos de procedimento. O Brasil pretende ajudá-los a criar uma agência reguladora nos moldes da ANVISA. O nome do país foi sugerido a Moçambique pela OMS, e o Brasil sugeriu que se pedisse o apoio da USAID.

Tabela 07 - PROJETO 7: Fortalecimento das ações de prevenção e controle do câncer em Moçambique

| PROJETO 7             |                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Síntese               | O projeto pretende promover o intercâmbio de experiências nas áreas de vigilância de câncer, formação e capacitação em oncologia, visando contribuir na elaboração de uma política nacional de controle e combate ao câncer. |
| Status                | Em execução.                                                                                                                                                                                                                 |
| Instituição Executora | INCA.                                                                                                                                                                                                                        |
| Área Temática         | Câncer.                                                                                                                                                                                                                      |
| Financiador           | ABC.                                                                                                                                                                                                                         |
| Valor Total US\$      | 394.698,00                                                                                                                                                                                                                   |
| Data da Assinatura    | Setembro/2010.                                                                                                                                                                                                               |

Fonte: Tabela AISA, 2012. Com elaboração da autora.

Para iniciarmos a análise desse projeto, precisamos esclarecer que a versão dele a que tivemos acesso trata-se da revisão B em 2011.

O projeto tem como base legal: (a) o Acordo Geral de Cooperação entre a República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique, firmado em Brasília, no dia 15 de setembro de 1981, e promulgado em 9 de julho de 1984; (b) o Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique para implementação do projeto “Fortalecimento das ações de prevenção e controle do câncer”, assinado em 16 de julho de 2010.

As instituições executoras são: pelo Brasil, o Ministério da Saúde, através do INCA, e por Moçambique, o MISAU, através do Departamento de Doenças não Transmissíveis e da Direção Nacional de Assistência Médica. Já as instituições coordenadoras são: pelo Governo brasileiro, o Ministério das Relações Exteriores, a ABC, o Ministério da Saúde e AISA, e pelo lado moçambicano, o MISAU, através da Direção Nacional de Planificação e Cooperação.

O prazo de vigência do projeto foi estendido para 31/01/2014, já que seu início efetivo só ocorreu em abril/2011.

O custo total estimado para o projeto, como informado na tabela acima, é de US\$ 434.169,00. Ao Governo brasileiro cabe a parte de US\$ 174.437,00; ao Governo moçambicano cabem US\$ 132.000,00 e ao INCA, US\$ 127.732,00.

A justificativa da revisão B deu-se pelo fato de a negociação do projeto ter iniciado em setembro de 2009 e, só em dezembro de 2010, ele ter sido assinado, sendo as primeiras atividades realizadas em abril de 2011. Outro ponto que gerou atraso foi o INCA ter notado, após o início do projeto, que a Resolução 1669 do Conselho Federal de Medicina, de 11/07/2003, afirma que o médico estrangeiro, com visto temporário de qualquer tipo, não pode cursar residência médica no Brasil. E o projeto previa três anos de residência para algumas atividades. Sendo assim, o INCA propôs que os treinamentos só ultrapassassem 12 meses em alguns casos e sem residência médica.

Em termos gerais, o projeto visa: apoiar o desenvolvimento do sistema de vigilância e informação em câncer; capacitar recursos humanos nas áreas de anatomia, patologia, radioterapia, radiologia, imagiologia, medicina nuclear, registros de câncer e cuidados paliativos e, por fim, monitorar e avaliar a sua implementação. Os resultados esperados são os seguintes: (1) realizar o intercâmbio de informações entre técnicos brasileiros e moçambicanos com o objetivo de revisar as ações de Vigilância e de Registros de Câncer (já realizado); (2) prestar consultoria brasileira para a implantação e expansão de registros de câncer (já realizada); (3) capacitar técnicos do Sistema de Saúde Pública moçambicano no INCA; (4) formar técnicos do Sistema de Saúde Pública moçambicano no INCA; (5) capacitar técnicos do Sistema de Saúde Pública moçambicana em seu país por profissionais do INCA; (6) monitorar e avaliar as ações do projeto “Fortalecimento das ações de prevenção e controle do câncer em Moçambique” (já realizado).

Segundo nosso entrevistado nº 5, na revisão de 2011 foram identificadas duas linhas do projeto: a primeira concentra as atividades de ensino, que envolvem cursos nos dois países, e a segunda, que se refere aos registros hospitalares e vigilância em câncer. E ambas só começaram a ser executadas em 2012. Ele informa também que para 2013 está prevista uma avaliação e acompanhamento do impacto dos cursos para Moçambique. Ele afirma que o projeto surgiu de uma solicitação de Brasília para que se verificasse se a parceria nessas atividades específicas com Moçambique seria viável.

Anteriormente a isso, ele não sabe informar se foi uma proposta do Brasil ou uma resposta a uma demanda de Moçambique. Ele complementa que em Moçambique os casos de câncer não são registrados, não há um controle, o que dificulta a avaliação da magnitude da doença na população e qual impacto que ela causa. É por isso que o projeto, além da parte de ensino e qualificação de profissionais, envolve uma outra parte de registro e vigilância. Até o momento, o que existe são avaliações informais do projeto, na parte de ensino, com muita fiscalização sobre os moçambicanos que vêm para o Brasil, os quais, de maneira geral, têm uma formação geral, mas não um conhecimento específico em oncologia; então, o INCA teve que aumentar o tempo de curso. O entrevistado continua, ressaltando outro problema: depois de aprender no Brasil, os moçambicanos voltam para seu país e encontram realidade muito diferente da nossa, muitas vezes não tendo equipamentos, nem infraestrutura para trabalhar, o que faz com que apenas poucos consigam desenvolver uma atividade assistencial. Contudo, ele acredita que o projeto deixará um legado para o país e que o grande sonho é conseguir implantar um sistema de registro de câncer, com centros que tratem os doentes e também com ações de prevenção primária, secundária e terciária, eliminando fatores de risco e fazendo diagnósticos precoces. Ele continua dizendo que, na atenção oncológica, o Brasil tem um programa muito bem realizado, principalmente por contar com a infraestrutura do SUS. Em Moçambique, eles tentam levar o que já foi feito aqui, mas com adaptações reais às condições deles. Não adianta, então, dar muita ênfase a determinados aspectos; a capacitação tem que ser mais geral. Ele afirma que os médicos moçambicanos saem do Brasil com uma boa formação em oncologia, mas como eles vão aplicar isso lá, vai depender da habilidade deles de vencer algumas barreiras, de conseguir recursos, porque esse projeto é só cooperação técnica, não estando prevista a montagem de nenhuma infraestrutura lá. O entrevistado faz um comentário interessante, pois, no senso comum, fala-se muito que o fato de ambos os países falarem português facilita todo o processo; no entanto, ele considera a comunicação o problema mais difícil de ser superado no projeto. Ele diz que a parte brasileira do projeto tem como princípio executar exatamente o que está escrito no projeto, mas que, da parte moçambicana, principalmente com os primeiros médicos, mesmo estando escrito, dava margens a muitas dúvidas, confusões e problemas. Ele dá como exemplo o fato de no projeto estar escrito que eles iam ter que arcar com a hospedagem, e, quando chegavam ao Brasil, não tinham se preocupado com isso, não tendo onde dormir, não tendo o que

comer. Eles tinham apenas uma bolsa, mas diziam que ela não era suficiente. Ele disse que, apesar de terem feito um guia, com riqueza de detalhes, sobre como tudo seria no Brasil, o que teriam e o que não teriam direito, na prática, tudo acontecia de forma diferente e confusa. Nesse guia, informava-se que, no primeiro dia de Brasil, seria necessário apresentar determinados documentos e que houve o caso de um médico que ficou duas semanas no Brasil à toa, até chegar seu diploma. E um médico só pode entrar numa unidade hospitalar brasileira depois que estiver registrado no Conselho Regional. Mas ele afirma que, com o tempo, as coisas foram melhorando. Acredita que esse projeto para Moçambique foi pensando a partir da Política Nacional de Atenção Oncológica, lançada em 2005, para estabelecer as diretrizes do SUS em relação à atenção à saúde em oncologia. Muitas dessas ações brasileiras tornaram-se referências internacionais, afirmando que o controle do tabaco talvez seja um dos maiores exemplos.

Tabela 8 - PROJETO 8: Apoio ao desenvolvimento de política nacional de saúde oral em Moçambique: pesquisa em saúde bucal na capital Maputo

| PROJETO 8             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Síntese               | O projeto visa contribuir para a melhoria dos níveis de saúde bucal da população de Moçambique. Prevê qualificar técnicos em prótese dentária de Moçambique no Brasil; e estruturação de um laboratório de prótese dentária em Maputo e qualificação dos técnicos e suporte técnico com técnicos brasileiros na fase inicial de funcionamento do laboratório em Maputo. |
| Status                | Em execução.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Instituição Executora | SAS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Área Temática         | Saúde bucal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Financiador           | ABC.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Valor Total US\$      | 329.340,00.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Data da assinatura    | Outubro/2010.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

Fonte: Tabela AISA, 2012.

A base legal do projeto a que tivemos acesso é a seguinte: (a) o Acordo de Cooperação entre a República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique, firmado em Brasília, no dia 15 de setembro de 1981, e promulgado em 9 de julho de 1984; (b) o Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre o Governo da República e o Governo de Moçambique para implementação do projeto “Apoio ao Desenvolvimento de Política Nacional de Saúde Oral em Moçambique”<sup>20</sup>.

A vigência desse projeto é de 12 meses a partir da data da última assinatura.

Por parte do Governo brasileiro, a execução cabe ao Ministério da Saúde, através do Departamento de Atenção Básica e Coordenação Nacional de Saúde Bucal, e a coordenação, com o Ministério das Relações Exteriores, através da ABC, e com o Ministério da Saúde, através da AISA. Já por parte de Moçambique, a execução fica com o MISAU e o Departamento Nacional de Assistência Médica, e a coordenação, com o MISAU, através da Direção Nacional de Planificação e Cooperação.

Quanto aos custos, só obtivemos a informação do valor total do projeto, que é de US\$ 329.340,00.

O projeto se justifica visto que o problema de saúde bucal em Moçambique é grande e sabe-se que as doenças orais, além de todo desconforto que causam, também estão relacionadas a doenças cardiovasculares, diabetes, câncer, doenças pulmonares, dentre outras. Sendo assim, a identificação e monitoramento dos padrões de risco são de fundamental importância para campanhas de promoção e prevenção em saúde bucal. Segundo relatório da OMS de 2003<sup>21</sup>, a média de dentistas na África é de 1 por cada 150.000 pessoas. O objetivo então é conhecer as condições de saúde bucal da população moçambicana e subsidiar, através da publicação dos resultados do levantamento epidemiológico, o planejamento e a avaliação das ações e serviços públicos estomatológicos junto ao Ministério da Saúde moçambicano.

Como resultado do projeto, espera-se que seja elaborado um documento a partir do qual será feita a política de saúde oral do Governo moçambicano. Serão capacitados profissionais de saúde oral e de gestão do governo e, por fim, o projeto servirá de subsídios para futuras pesquisas.

---

<sup>20</sup> No projeto que tivemos acesso através de contato na AISA não consta a data de assinatura desse ajuste complementar.

<sup>21</sup> Informação obtida no relatório da OMS intitulado “The world oral health report 2003”.

Tabela 09 - PROJETO 9: Apoio ao sistema de atendimento oral de Moçambique – capacitação de técnicos em prótese dentária

| <b>PROJETO 9</b>      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Síntese               | O projeto visa contribuir para a melhoria dos níveis de saúde bucal em Moçambique, por meio da elaboração do Plano Executor da Pesquisa (Plano Amostral), da capacitação de profissionais para realizar pesquisas epidemiológicas em saúde oral e de coleta, análise e da difusão de dados epidemiológicos em saúde oral da população da capital Maputo. |
| Status                | Em execução.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Instituição Executora | SAS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Área Temática         | Saúde bucal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Financiador           | ABC.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Valor Total US\$      | 269.050,00.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Data da Assinatura    | Outubro/2010.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

Fonte: Tabela AISA, 2012. Com elaboração da autora.

De acordo com as informações que obtivemos, a base legal desse projeto é a seguinte: (a) o Acordo de Cooperação entre a República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique, firmado em Brasília, no dia 15 de setembro de 1981, e promulgado em 9 de julho de 1984; (b) o Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique para implementação do projeto “Apoio ao Desenvolvimento de Política Nacional de Saúde Oral em Moçambique”<sup>22</sup>.

Pelo Governo brasileiro, a instituição executora é o Ministério da Saúde, através do Departamento de Atenção Básica e da Coordenação Nacional de Saúde Bucal; já as

<sup>22</sup> No projeto a que tivemos acesso através de contato na AISA, não consta a data de assinatura desse ajuste complementar.

instituições coordenadoras são o Ministério das Relações Exteriores, a ABC, o Ministério da Saúde e a AISA. Da parte do Governo de Moçambique, a execução cabe ao MISAU, através do Departamento Nacional de Assistência Médica, e a coordenação cabe também ao MISAU, através da Direção Nacional de Planificação e Cooperação.

O projeto terá a duração de 12 meses a partir da data da última assinatura.

Quanto aos custos, só tivemos acesso à informação do valor total do projeto, que é de US\$ 269.050,00.

O projeto se justifica pelas mesmas razões do projeto 8: grandes problemas de saúde bucal em Moçambique. Ele contará com a presença de moçambicanos, técnicos em prótese dentária no Brasil, a fim de conhecerem equipamentos e técnicas dos laboratórios de prótese dentária credenciados pelo Ministério da Saúde brasileiro, mantidos com recursos do SUS. Também está prevista a instalação de um laboratório de prótese dentária na capital Maputo, quando serão encaminhados técnicos brasileiros para fazer o acompanhamento.

Ao fim do projeto, espera-se que o laboratório de prótese dentária esteja estruturado, que os técnicos moçambicanos estejam aptos a trabalhar, assim como transmitir o conhecimento recebido no Brasil, e que o laboratório seja referência para a população moçambicana.

Tabela 10 - PROJETO 10: Fortalecimento da resposta à epidemia de HIV/SIDA de Moçambique

| PROJETO 10            |                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Síntese               | O projeto visa apoiar e fortalecer a resposta nacional ao HIV/SIDA de Moçambique, com ênfase nas áreas: gestão e logística de medicamentos, insumos e artigos médicos, monitoria e avaliação, sociedade civil e comunicação social. |
| Status                | Em execução.                                                                                                                                                                                                                        |
| Instituição Executora | SVS.                                                                                                                                                                                                                                |
| Área Temática         | HIV/SIDA.                                                                                                                                                                                                                           |
| Financiador           | ABC/USAID.                                                                                                                                                                                                                          |

|                    |                |
|--------------------|----------------|
| Valor Total US\$   | 1.140.295,00   |
| Data da Assinatura | Dezembro/2012. |

Fonte: Tabela AISA, 2012. Com elaboração da autora.

O projeto a que tivemos acesso informa que sua base legal se apoia: (a) no Acordo Geral de Cooperação entre a República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique, firmado em Brasília, no dia 15 de setembro de 1981, e promulgado em 9 de julho de 1984; (b) no Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique para implementação do projeto “Fortalecimento da resposta de Moçambique à epidemia de HIV e SIDA”, assinado no final de 2012; (c) no Memorando de Entendimento entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo dos Estados Unidos da América sobre a Implementação de Atividades de Cooperação Técnica em Terceiros Países, firmado em 3 de março de 2010; (d) no Protocolo de Intenções para a Expansão de Atividades de Cooperação Técnica em Terceiros Países, assinado em Brasília em 18 de março de 2011; (e) na Declaração de intenções entre o Governo da República de Moçambique, o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo dos Estados Unidos da América para a implementação de atividades de cooperação técnica conjunta na República de Moçambique, firmado em 23 de janeiro de 2012; (f) na declaração de intenções entre o Governo da República Federativa do Brasil, o Governo dos Estados Unidos da América e o Governo da República de Moçambique para Apoio e Cooperação Técnica de 2012; (g) na Declaração de Intenções entre o Governo da República Federativa do Brasil, o Governo dos Estados Unidos da América e o Governo da República de Moçambique para Apoio e Cooperação Técnica Multissetorial ao Fortalecimento da Resposta de Moçambique ao HIV/SIDA.

Da parte do Governo brasileiro, as instituições executoras são o Ministério da Saúde, através do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle de DST, AIDS e Hepatites Virais; da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); e da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da FIOCRUZ. Já a coordenação fica por conta da ABC, do Ministério das Relações Exteriores e da AISA. Em Moçambique, a execução fica por conta do MISAU, através da Direção Nacional de Assistência Médica e o Conselho

Nacional de Combate a SIDA (CNCS), e a coordenação, também pelo MISAU, através da Direção de Cooperação e Planificação.

É importante ressaltar que o Governo norte-americano não assina esse projeto especificamente, já que ele é parte integrante da Declaração de Intenções, essa, sim, assinada pelos três governos.

O custo total do projeto está estimado em US\$ 1.140.295,00, sendo a parte da ABC de US\$ 1.015.595,00 e a parte do Ministério da Saúde do Brasil, de US\$ 124.700,00.

Esse projeto, uma cooperação triangular entre Brasil e EUA para Moçambique, é mais que justificado devido ao fato de o país viver uma epidemia generalizada do vírus da imunodeficiência humana (HIV), que tem afetado de inúmeras maneiras o desenvolvimento do país e sobrecarregado o frágil sistema de saúde. Entre adultos, de acordo com dados da INSIDA (2009), a prevalência da doença na população é de 11,5%. Calcula-se que hoje 1,6 milhão de moçambicanos vivam com HIV e que já existam 510.000 órfãos e crianças vulneráveis diretamente afetadas pela epidemia. Sob o comando do Governo moçambicano, os Governos brasileiro e norte-americano pretendem unir esforços dos três países, da sociedade civil, de parceiros bilaterais e multilaterais, ONGs nacionais e internacionais e o setor privado em prol do combate ao HIV. São quatro as áreas prioritárias de intervenção: (a) logística de medicamentos, insumos e artigos médicos; (b) monitoria e avaliação; (c) reforço da resposta da sociedade civil à epidemia; (d) reforço da área de comunicação.

Os resultados esperados do projeto são os seguintes: (1) aprimorar a rede de distribuição e armazenamento de medicamentos, artigos médicos e insumos em HIV e SIDA do Sistema Nacional de Saúde (SNS); (2) melhorar as práticas e sistemas de monitoria e avaliação do Sistema Nacional de Monitoria e Avaliação da Resposta Nacional ao HIV/SIDA; (3) aumentar a visibilidade e o protagonismo das pessoas que vivem com HIV/SIDA; (4) aumentar a capacidade do governo e da sociedade civil em comunicação social para a resposta nacional, com ênfase nas pessoas vivendo com HIV e SIDA.

Segundo informações de nosso entrevistado nº 4, esse projeto foi assinado recentemente, em dezembro de 2012, e até o final de 2012 nada tinha sido executado.

Segundo o entrevistado nº 3 esse projeto levou cerca de três anos em negociação, já que os projetos triangulares, como envolvem mais atores, a princípio são mais demorados que os bilaterais.

Nosso entrevistado nº 2 nos informou números diferentes dos da AISA que constam na tabela no início desse projeto. Ele disse que a USAIDS entrará com US\$ 1.200.000,00, a ABC com US\$ 1.100.000,00 e Moçambique com infraestrutura e técnicos. Será um programa de monitoramento da epidemia e, para isso, será utilizada tecnologia da FIOCRUZ, através de sua unidade, a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Essa transferência se dará através de um curso de especialização em Moçambique, que pode até vir a se tornar um mestrado.

### **3.5 O ESTUDO DE CASO: A SOCIEDADE MOÇAMBICANA DE MEDICAMENTOS**

Pretendemos apresentar as informações que coletamos, da seguinte forma: primeiro, exporemos como surgiu a ideia do projeto e os principais dados encontrados no estudo de viabilidade da fábrica, de acordo com o Ministério da Saúde e a FIOCRUZ. Depois, contrastaremos o que foi projetado com o que realmente foi acontecendo ao longo dos anos e como a fábrica se encontra atualmente. Para tanto, utilizaremos o material obtido nas entrevistas em Moçambique, em Brasília e no Rio de Janeiro<sup>23</sup>, assim como todo tipo de documentação disponível em *sites*, revistas e jornais. Como se trata de um projeto recente, até o momento do fechamento deste trabalho, não havíamos encontrado artigos ou livros publicados a respeito.

---

<sup>23</sup> As entrevistas no Rio de Janeiro e Brasília foram realizadas pela mestranda, e as entrevistas em Moçambique foram feitas pelo orientador. A transcrição de todas as entrevistas foi feita pela mestranda, que obteve a autorização do seu orientador para usá-las neste trabalho.

### **3.5.1 DO SURGIMENTO DO PROJETO AO ESTUDO DE VIABILIDADE TÉCNICO-ECONÔMICO DA FÁBRICA**

A ideia do projeto surgiu quando da primeira visita do ex-Presidente Lula a Moçambique, em 2003, na qual ele anunciou a doação ao país africano de uma fábrica de medicamentos antirretrovirais, com transferência de tecnologia brasileira para o combate à AIDS. O Brasil se credenciava para tal uma vez que acumulava experiência no controle da AIDS e seu programa era referência mundial. Inicialmente, o projeto esteve sob o encargo do Ministério da Saúde; depois, foi direcionado à FIOCRUZ, o principal laboratório público brasileiro produtor de medicamentos para o Sistema Único de Saúde (SUS), cuja divisão responsável por medicamentos é a Far-Manguinhos.

O projeto faz parte de uma ação maior de cooperação em saúde com a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), determinado no Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS), assinado em Lisboa, em 2009.

O ex-Presidente Lula e o ex-Presidente de Moçambique Joaquim Chissano assinaram o protocolo de intenções entre Brasil e Moçambique sobre cooperação científica e tecnológica na área de saúde, firmado em 5 de novembro de 2003, em Maputo, com amparo no Acordo Geral de Cooperação entre o Governo de República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique, já firmado anteriormente, em 15 de setembro de 1981, e promulgado em 9 de julho de 1984.

As informações preliminares diziam que o Brasil doaria todos os equipamentos da fábrica, em um total de US\$ 5.000.000,00 (em dólares americanos), e os medicamentos e toda a documentação para a fabricação e controle de qualidade dos produtos a serem fabricados. A Moçambique caberia a obra de instalação da fábrica, num total de US\$ 5.400.000,00 (em dólares americanos).

Entre 2005 e 2007, o Ministério da Saúde e a FIOCRUZ desenvolveram o relatório “Estudo de viabilidade técnico-econômico para instalação de fábrica de medicamentos em Moçambique para produção de medicamentos antirretrovirais e outros”, que foi divulgado em março de 2007, que analisaremos a seguir.

O estudo começa, informando que a instituição solicitante do projeto é o Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU), a instituição executora é o Ministério da Saúde do Brasil, a instituição coordenadora é a Agência Brasileira de Cooperação

(ABC) e as instituições implementadoras são a Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (FIOTEC)<sup>24</sup> e a FIOCRUZ. Os assuntos estão divididos em quatro grandes temas, a saber: (a) o levantamento das condições preexistentes; (b) as alternativas de produção local de medicamentos; (c) a análise geral da viabilidade econômica da iniciativa; (d) a síntese do estudo. Partiremos, então, para o detalhamento de cada item.

#### (a) O levantamento das condições preexistentes

De acordo com dados do relatório, divulgado em março de 2007, a maior ameaça do país na área de saúde era a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), sendo que, em 2004, a prevalência entre adultos de 15 a 49 anos era de 16,2%. Ele informa que, segundo pesquisa da UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância)<sup>25</sup>, estimava-se em 5% a proporção dos gastos governamentais com saúde, educação e defesa, no período de 1994-2004. E para melhorar as condições de vida e saúde da população no enfrentamento a SIDA, o Governo moçambicano estava contando com a colaboração internacional. As doenças infecciosas eram consideradas o maior risco de morte, e dentre elas se destacava o HIV/SIDA. Em 2005, a taxa de pessoas com infecção avançada por HIV que recebiam tratamento com antirretrovirais foi de 9%<sup>26</sup>. Além do problema do HIV/SIDA, a incidência de tuberculose também era bastante elevada, a cólera estava se tornando um problema de saúde pública e a malária era endêmica em todo o país, devido às suas condições climáticas. Para piorar a situação, a associação da malária com o HIV estava aumentando muito os problemas de saúde em adultos, crianças e mulheres grávidas. Isso sem falar na hanseníase, que era fortemente epidêmica no país. A mortalidade infantil era alta, mesmo tendo caído, entre 1970 e 2003, de 163 para 109 em cada 1.000 crianças nascidas vivas por ano. As principais causas de óbito em crianças menores de 5 anos, no ano de 2000, foram: neonatais, pneumonia, malária e doença diarreica. As mortes por HIV/SIDA ocupavam

---

<sup>24</sup> Esta é uma fundação interna da FIOCRUZ que gera parte dos recursos para ela. Sabe-se que boa parte do estudo de viabilidade foi financiada por ela, segundo nosso entrevistado nº 6.

<sup>25</sup> Disponível em [http://www.unicef.org/infobycountry/mozambique\\_statistics.html](http://www.unicef.org/infobycountry/mozambique_statistics.html)

<sup>26</sup> Disponível em <http://www.who.int/countries/moz/en>

o quinto lugar, sendo a malária a causa de morte mais comum nas crianças moçambicanas. Entre as grávidas, a cobertura de pré-natal com pelo menos quatro consultas por gestação ainda não tinha alcançado 50% das gestantes, bem como o parto em hospital, sendo a mortalidade materna ainda muito alta: 1.000/100.000 nascidos vivos no ano de 2000. Segundo a OMS, a média de filhos por mulher em 2004 era de 5,4 filhos; a taxa de uso de contraceptivos em 2003 era de 16,5%; o uso de contraceptivos entre homens de 15 a 24 anos em 2003 era de 33% e nas mulheres, também nessa faixa etária, em 2003 era de 29%.

Quanto ao Sistema Nacional de Saúde (SNS) em Moçambique, o relatório informa que ele era composto, na maior parte, pelo setor público, mas também tinha uma parcela do setor privado, lucrativo ou não. O setor privado crescia, mas, para crescer realmente, dependia de melhorias na renda familiar. Já o setor privado não lucrativo era representado por ONGs de origem estrangeira. As principais doenças a serem combatidas eram a malária, HIV/SIDA, lepra, diarreia, infecções respiratórias agudas e doenças de saúde reprodutiva. O setor de saúde em Moçambique sofria de problemas crônicos, como baixo suprimento de insumos, falta de equipamentos e profissionais qualificados, piorando ainda mais nas áreas rurais. Porém, segundo avaliação do MISAU, o setor de saúde demonstrava contínuas melhorias no período de 2000-2004. Maputo foi a província que registrou, em 2004, os melhores indicadores em saúde e Zambézia, a pior. Segundo a OMS<sup>27</sup>, em 2004, a relação entre profissionais de saúde no país para 100.000 habitantes era de 2,59 médicos; 19,98 enfermeiros; 11,26 parteiras; 0,80 dentistas e 3,12 farmacêuticos, ou seja, indicadores muito precários segundo os critérios da Organização. No Plano Operacional Anual de 2006, o MISAU definiu como objetivos na área da saúde: aumentar o acesso aos serviços, reduzir as desigualdades, aumentar a eficiência no uso de recursos, a melhoria na qualidade dos serviços e a elaboração de políticas, planos e regulamentos na área de epidemiologia e saúde da comunidade. Em relação ao HIV/SIDA, o relatório informa que, apesar de todos os esforços, o quadro ainda era de expansão da doença, com taxas crescentes da doença em mulheres grávidas em todo o país. Estimava-se que havia 1,4 milhão de pessoas vivendo com HIV/SIDA no país e que ocorriam 500 novas infecções por dia. A transmissão era predominantemente heterossexual, sendo a incidência da doença maior

---

<sup>27</sup> Disponível em <http://www.who.int/countries/moz/en>

em mulheres, que representavam 57% dos adultos doentes, e se contaminavam e morriam muito mais jovens que os homens. Esse padrão era típico da região e estava fortemente ligado ao baixo nível educacional das mulheres, no qual é muito alto o analfabetismo e a subordinação econômica, social e política. Também eram crescentes os casos de HIV/SIDA em crianças que adquiriram a doença de suas mães. Na época em que a pesquisa foi feita para o relatório, 50% dos leitos hospitalares estavam ocupados por doentes com HIV/SIDA. Eles estimaram que, se não houvesse a SIDA, a esperança de vida da população do país chegaria a 50 anos em 2010, mas, devido à doença, o relatório fez a previsão que ela seria, na realidade, de 35 anos em 2010. Previam também, para este mesmo ano, um número de 500 mil órfãos maternos em consequência da epidemia, se esta não fosse controlada eficazmente.

Em relação às perdas econômicas que a doença gera, o relatório informa que são tantas que é difícil de mensurar, mas afirma que o maior impacto seria no aumento da mortalidade e da invalidez, que reduz a população economicamente ativa e diminui a eficiência da força de trabalho, já que a maioria das mortes ocorre entre 15 e 34 anos, aumentando o risco de uma deterioração do bem-estar da população. Estimavam também que, até 2020, o país perderia 17% dos seus trabalhadores devido à SIDA, ou seja, 2,2 milhões de pessoas. Só no setor de educação, calculavam que, até 2010, seriam perdidos 17% dos professores.

O relatório tentou analisar o financiamento das ações em saúde no país, mas, muitas vezes, faltaram dados, sendo que, a partir de 2003, conseguem-se melhores informações. Quanto aos fundos externos, ele informa que havia alguns tipos distintos: (a) o fundo comum provincial, que beneficiava as províncias, e até 2003 era gerido pela cooperação suíça, sendo que, a partir de 2004, passou a ser gerido pelo MISAU; (b) o fundo comum para medicamentos, gerido pelo Banco de Moçambique e utilizado para comprar medicamentos que depois eram enviados às Direções Provinciais de Saúde, no 3º trimestre de 2004, começou a distribuir antirretrovirais para os hospitais; (c) o PROSAÚDE, que é o Fundo Comum Geral, gerido em nível central e paga os salários e outras despesas, em 2004, primeiro ano deste fundo, foi alocado ao setor o valor de US\$ 28.470,480; (d) fundos verticais ou projetos, que são desembolsos ligados a programas, instituições ou atividades que são decididas bilateralmente entre o doador e a instituição. O relatório afirma também que o processo de planejamento e orçamentação da receita no setor de saúde do país é frágil e permissivo, pois a planificação dos

orçamentos é fraca, há grande dispersão de receitas, pouco controle da distribuição dos livros dos talonários que servem como recibo à entrada de receitas, deficiências nas receitas de medicamentos, pouco controle na receita de medicamentos vendidos nas farmácias, limitado controle contábil, dentre outros. As despesas com medicamentos representavam, no ano 2000, cerca de 22% da despesa pública em saúde, e esses gastos são muito dependentes dos fundos externos, cerca de 80%, sendo que os usuários pagam esses medicamentos ainda que o valor seja mínimo.

A epidemia do HIV/SIDA tem um impacto direto no setor da saúde moçambicano, sobrecarregando os hospitais e aumentando custos. O relatório estima 100.000 novos doentes por ano e afirma que as províncias mais afetadas são Zambézia, Manica, Gaza, Tete e Sofala. Também são perdidos muitos profissionais de saúde pela doença, o que prejudica a assistência médica. Quanto aos medicamentos, eles estimaram a necessidade, para 2006, de 70 milhões de dólares; desse montante, 45% vêm do orçamento do Estado e 55%, dos doadores, sendo o gasto por ano, estimado por doente em tratamento com antirretroviral, de US\$ 750,00. No ano de 2000, foi criado o Conselho Nacional de Combate à SIDA (CNCS) para coordenar e implementar o Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA. O primeiro plano desse tipo, denominado PEN, foi feito em 1999 para os anos de 2000 a 2003, e o segundo plano, o PEN II, foi aprovado em 2004 para o período de 2005 a 2009, tendo os seguintes objetivos: (a) reduzir o número de infecções entre adultos de 500/dia para 350 em 5 anos e 150 em 10 anos; (b) transformar o combate ao HIV/SIDA numa emergência nacional; (c) reduzir a discriminação quanto à doença; (d) prolongar e melhorar a qualidade de vida dos doentes; (e) mitigar as consequências da doença no plano dos indivíduos; (f) aumentar o nível de conhecimento científico sobre a doença; (g) desenvolver a capacidade de planejamento e coordenação e descentralizar os mecanismos de tomada de decisão. Em 2003, foi criado o Fórum de Parceiros para o Combate ao HIV/SIDA, que inclui o Secretariado Executivo do CNCS e os parceiros da cooperação que dão apoio técnico e financeiro.

O relatório afirma que o MISAU estava empreendendo ações multisetoriais e multidisciplinares no combate ao HIV/SIDA, graças à ajuda recebida dos parceiros, que engloba um conjunto de serviços, além dos hospitais e centros de saúde, sendo eles: (a) o Programa de Transmissão Vertical (PTV), instalado em qualquer tipo de unidade sanitária; (b) o Gabinete de Aconselhamento e Testagem Voluntária (GATV), que é a

porta de entrada para os serviços de saúde e oferece testagem anônima; (c) o Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens (SAAJ), que funcionam com médicos, psicólogos, enfermeiros e jovens interessados em ajudar; (d) o Hospital Dia (HD), que é onde os pacientes são avaliados, treinados e acompanhados no tratamento da TARV, ou terapia antirretroviral e os Cuidados Domiciliares, que são realizados nas residências dos doentes que não podem se locomover (CD). É importante mencionar que Moçambique convivia com escassez de pessoal treinado para a área da saúde, e a formação dos médicos era insuficiente, tendo o governo que recorrer a especialistas estrangeiros. A disponibilização do TARV começou no país em julho de 2004 e, em novembro de 2006, 34.184 pacientes já estavam tratando-se com o remédio. Um grande risco nesse tratamento é o paciente não o completar totalmente, porque, ao interrompê-lo, ele pode criar resistência ao tratamento. Essa resistência deve ser evitada, mas sua ocorrência é inevitável, e o sistema de saúde deve estar preparado para oferecer esquemas de segunda linha a um número crescente de pacientes. Ele deve apresentar-se inicialmente ao sistema de saúde com um parente ou amigo e, desse momento até o início do tratamento, leva-se, no mínimo, 30 dias. No momento de publicação do relatório, já haviam sido treinados 70% dos médicos do país com a contribuição de médicos brasileiros. No país, estavam disponíveis ARV de diferentes classes, sendo eles: inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa (zidovudina, AZT, estavudina – d4T, didanosina – ddl, lamivudina – 3TC e abacavir); inibidores não-nucleosídeos da transcriptase reversa (nevirapina – NVPe efavirenz – EFV) e os inibidores da protease (nelfinavir – NFV, indinavir – IDV e ritonavir – RTV). Porém, a cobertura de TARV não passava de 10% da demanda e a disponibilidade de exames de monitoramento da eficácia da TARV ainda era limitada. As compras dos medicamentos à época do relatório eram feitas pela MEDIMOC, uma empresa pública que foi privatizada e que também cuidava do armazenamento e distribuição dos medicamentos.

#### (b) As alternativas de produção local de medicamentos

O relatório informa que o licenciamento dos estabelecimentos industriais em Moçambique remonta a 1945, com a publicação das Portarias nº 6.231 e nº 5.717, provenientes da necessidade em se legislar dado o crescimento da atividade industrial nesse período. Em 1987, devido ao fato de receber uma forte ajuda externa,

Moçambique aprovou o Regulamento do Investimento Direto Estrangeiro com o intuito de regulamentar os empreendimentos que envolvam investimentos privados nacionais e estrangeiros. Em 1998, uma nova regulamentação reformulou por completo o regime jurídico em vigor, introduzindo uma nova filosofia no licenciamento industrial, o que desburocratizou todo o processo, eliminando certos procedimentos. Não iremos nos aprofundar nos procedimentos e requisitos para licenciamento de indústrias no país, por não considerarmos esse ponto necessário para os fins do presente trabalho.

Quanto à produção de medicamentos pela fábrica, o relatório alertava para alguns pontos: (a) que o país continuará a usar protocolos padronizados de TARV, com esquemas definidos para primeira linha e segunda linha; (b) que o esquema de primeira linha preferencial e de uso em larga escala continuaria a ser o composto por dois inibidores da transcriptase reversa, nucleosídeos combinados a um inibidor da transcriptase reversa não nucleosídeo; (c) sempre que possível, serão padronizadas as formulações em dose fixa combinada de três drogas em uma cápsula ou duas drogas em uma cápsula. A fabricação de medicamentos deve seguir as recomendações da OMS sobre certificação de qualidade de produtos farmacêuticos, devendo ser previstas instalações exclusivas para a produção de determinados medicamentos com substâncias citotóxicas, para minimizar a probabilidade de ocorrência de contaminação cruzada. O esquema de produção de medicamentos sólidos está disponível no Anexo F e o esquema de produção de medicamentos, no Anexo G. Além de produzir medicamentos, serão necessários insumos diversos, como papelão para embalagens, frascos, alumínio etc; então, o relatório informa que foram visitadas diversas empresas em Moçambique, possíveis futuros fornecedores.

Em relação aos custos, foi feita uma estimativa de gastos de maquinaria, cotados no mercado brasileiro e internacional, para uma fábrica de médio porte, sendo os fabricantes das máquinas a Alemanha, a Itália, o Brasil e a Argentina. A estimativa de custos no Brasil de equipamentos para produção de medicamentos ficou em: US\$ 1.005.000,00 para medicamentos líquidos e US\$ 3.270.000,00 para os medicamentos sólidos. Também foi feito um custo de maquinário importado, sem especificar a origem do país, que totalizou US\$ 3.070.000,00. Os equipamentos de controle foram estimados no Brasil em US\$ 673.400,00 e o material administrativo, também no Brasil, foi custeado em US\$ 97.500,00.

Para o seu funcionamento, estimou-se que a fábrica precisaria de funcionários especializados tanto na área de produção industrial farmacêutica quanto na administrativa. No total, foram estimados 67 funcionários, sendo 49 na parte operacional (2 na área administrativa, 5 na supervisão, 5 assistentes, 15 operadores, 17 auxiliares e 5 na limpeza) e 18 na parte administrativa (1 na direção, 1 secretária, 1 porteiro, 6 seguranças, 1 copeira, 1 roupeira, 1 técnico em finanças, 1 técnico em compras, 1 técnico em planejamento, 1 técnico em manutenção mecânica e 1 técnico em manutenção elétrica). Em relação aos salários, o relatório prevê que o somatório da parte operacional gire em torno de US\$ 11.070,00 e, na parte administrativa, por volta de US\$ 4.604,00. Devido à escassez de pessoal qualificado na área farmacêutica em Moçambique, a FIOCRUZ se propôs a capacitar 10 farmacêuticos, dos quais 5, previstos para integrar o quadro de recursos humanos da fábrica. Em Moçambique, a disponibilidade educacional nessa área está no Instituto Superior de Ciências Tecnológicas de Moçambique (ISCTEM), instituição privada de ensino superior. No Brasil, o relatório informa que a FIOCRUZ estava organizando um curso de capacitação na área farmacêutica, com os seguintes módulos: pesquisa e desenvolvimento de novos fármacos e medicamentos, pesquisa e desenvolvimento de antirretrovirais, tecnologias de produção, controle de qualidade, garantia de qualidade, negociação com clientes e fornecedores e parcerias estratégicas. O programa seria executado pelos técnicos da Far-Manguinhos/FIOCRUZ, com duração de dois meses e carga horária de 6 horas/dia. Estimou-se em US\$ 85.000,00 o custo para treinar 10 pessoas durante dois meses na Far-Manguinhos, no Brasil, e considerou-se ainda um valor de US\$ 10.000,00/ano para futuras necessidades de capacitação.

### (c) A análise geral da viabilidade econômica

O estudo apresentou duas alternativas para a escolha do Governo moçambicano. A alternativa A seria localizar a fábrica no distrito industrial de Matola, no terreno onde já existia uma fábrica de medicamentos em atividade, a Final Farmacêutica; a alternativa B seria a construção de uma fábrica partindo do zero, em local a ser definido pelo Governo moçambicano. No caso da alternativa A, os custos foram estimados em torno de US\$ 1.831.710,32, e na alternativa B giraram em torno de US\$ 3.419,193,44. Nos dois casos, foram elaborados estudos arquitetônicos por uma empresa

moçambicana especializada. No caso da alternativa A, está disponível no Anexo H a planta com um esboço geral do primeiro piso; no caso da alternativa B, não foi possível detalhar uma planta já que, para isso, seria necessário, primeiro, ter escolhido o terreno da fábrica. No caso da alternativa B, a que sugere a construção de uma nova fábrica, o estudo ressalta que os custos das obras podem ser aumentados ou diminuídos no que diz respeito a custos de infraestrutura.

É importante ressaltar que o foco do estudo de viabilidade da fábrica era substituir parte das compras diretas feitas pelo Governo moçambicano de fornecedores externos por produção local. Segundo o MISAU, o valor anual de custos com tratamentos de paciente de HIV em tratamento com ARV em 2006 foi de US\$ 18.631.930,00, sendo que 56,85% desse valor correspondem à compra direta pelo MISAU e 43,15%, à doação do PEPFAR/SEMS.

O estudo desenhou três cenários de possíveis esquemas terapêuticos com alternativas que incluíam ou não medicamentos líquidos e embalagens por blister ou frascos, totalizando 12 cenários terapêuticos que poderiam ser financiados de três formas: 100% de capital próprio ou doado, 50% de capital próprio ou doado e 50% de empréstimos e 100% de empréstimos, o que gerou 36 resultados diferentes. Esses contrastados com as alternativas A, de aproveitamento de uma fábrica já existente, e a B, de construção de uma nova fábrica, alcançaram o total de 72 alternativas de investimentos com seus respectivos resultados de fluxos de caixa e indicadores, os quais permitiriam uma decisão acurada por parte de Moçambique. Esses 72 resultados consideram ainda duas alternativas de preços para venda de formulações sólidas: (a) esta é fruto de uma comparação entre o preço moçambicano (os preços médios, ponderado e simples) e o preço modal da pesquisa realizada no *site* da OMS; (b) esta é o menor preço, sugerido pela OMS ou praticado em Moçambique. Não entraremos na análise detalhada de cada um desses cenários por não considerá-la necessária à finalidade deste trabalho.

Para calcular o número de pacientes que poderia ser coberto pela produção da fábrica, o estudo sugeriu um processo de três etapas. Primeiro, eles propuseram que fosse estimado o número de pessoas que estariam em tratamento em 2009, época que eles previam para a inauguração da fábrica; para isso, tomaram como base a meta do MISAU de alcançar até o final de 2010 a marca de 215.000 indivíduos em tratamento ARV. A segunda etapa seria calcular a proporção de pacientes em tratamento que

utilizaria o esquema preferencial de primeira linha; para isso, usaram dados do MISAU que mostravam que à época da confecção do relatório, esse número representava 80% dos pacientes. Por fim, eles sugeriam que se calculasse o consumo médio anual por paciente. Sendo assim, o estudo fez a previsão de que a fábrica produziria 120 milhões de unidades de sólidos (comprimidos e cápsulas) por ano, com a operação em um turno. Quanto aos medicamentos líquidos, estimou-se que a capacidade da fábrica seria de produzir 6 milhões de unidades por ano.

O estudo faz um levantamento dos países africanos que firmaram acordos com grandes laboratórios farmacêuticos para produção de ARV. Eles informam que, na África do Sul, a empresa Aspen Pharmacare, uma das maiores do país em produção de genéricos teve o direito de produzir e vender o primeiro genérico do ARV do continente, denominado Aspen Stavudine (d4T), em parceria com a Bristol-Myers Squibb, detentora da patente da estavudina. A África do Sul realiza todas as atividades de produção dos medicamentos e também a produção de matérias-primas; mesmo assim, o país ainda é afetado pela concorrência internacional. Já na Etiópia, a companhia farmacêutica Addis Ababa é responsável pela produção e comercialização de genéricos para o tratamento do HIV/SIDA e tem como mercados principais: Quênia, Uganda, Sudão e Tanzânia. O Egito obteve autorização para usar a patente para produzir e comercializar genéricos para o tratamento do HIV/SIDA, denominado HIVIREX, em parceria com a German Boehringer Ingelheim. O país é bastante autossuficiente na fabricação de medicamentos e poderia vendê-los a países mais pobres a preços simbólicos, mas as leis do comércio internacional o impedem de agir assim. Em Gana, em 2005, uma empresa chamada Dan Adams Pharmaceutical, formada por chineses e ganeses, planeja produzir ARV para o mercado local e para exportação. Na Tanzânia, a empresa Tanzanian Pharmaceutical Industries produz ARV e antimaláricos. Na Uganda, uma empresa do país, a Quality Chemical, planeja iniciar a produção de medicamentos para o combate a AIDS em 2007.

Quanto à participação de outros atores internacionais na fábrica, o estudo informa que houve interesse por parte da Alemanha, da França e da União Europeia em participar dela, mas que, até aquele momento, não havia nada de concreto.

(d) A síntese do estudo

O relatório apresenta uma síntese das potencialidades da fábrica que reunimos na Tabela 11, abaixo:

| <b>Potencialidades da fábrica</b>                  |                                                                                               |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Capacidade de produção                             | - 120 milhões de comprimidos e cápsulas.<br>- 6 milhões de frascos com solução pediátrica.    |
| Cobertura de pacientes com comprimidos ou cápsulas | - 163.400 pacientes (incluindo adultos e crianças que consigam deglutir comprimidos).         |
| Cobertura de crianças com solução líquida          | - 8.600 crianças (até 14 kg). Haverá excedente de 5 milhões de unidades de produtos líquidos. |

Quanto aos cenários, não apresentaremos conclusões uma vez que não nos detivemos na análise de cada um deles.

Com relação à localização, o estudo afirmava que a alternativa de ampliação da fábrica já existente apresentava melhor previsibilidade de custos das obras civis. E que a instalação das operações dentro desse espaço físico, já com infraestrutura e utilidades, viabilizaria o projeto em um tempo menor.

Sobre o perfil da fábrica, o estudo conclui que ela poderá ser utilizada para produção de outros medicamentos, como tuberculostáticos, antimaláricos, analgésicos e alguns antibióticos.

Os resultados esperados, além do tratamento de maior número de doentes a preços menores, eram a geração de empregos, o desenvolvimento científico e tecnológico e visibilidade imediata para o país.

### **3.5.2 A EVOLUÇÃO DA FÁBRICA ATÉ OS DIAS DE HOJE**

Antes de entrarmos especificamente no tema deste item, julgamos ser importante informar que os dados mais recentes a que tivemos acesso sobre a prevalência do HIV/SIDA na população moçambicana datam de 2009, tendo sido publicados em 2010.

Eles mostram que a prevalência em adultos de ambos os sexos (15 a 49 anos) em 2009 era de 11,5%, e que, especificamente nas mulheres, era de 13,1% e nos homens, de 9,2%. As variações entre os sexos também aconteciam entre as províncias, indo de 3,7% em Niassa a 25,1% em Gaza; e entre as regiões do país, sendo de 17,8% no sul, 12,5% no centro e 5,6% no norte (INSIDA, 2009).

Cabe iniciar nossa análise, salientando que muitos pontos não ocorreram exatamente como foi previsto no estudo acima citado. Dada a complexidade do projeto, foram encontrados muitos obstáculos: identificar quem seria responsável por cada custo, a escolha do local da fábrica, as licenças, os estudos de engenharia, a capacitação de pessoal, dentre outros (COOPERAÇÃO SAÚDE nº 4, 2011). Nosso entrevistado nº 6 complementa essas informações, dizendo que esses obstáculos dificultaram o cumprimento do cronograma de entrega da fábrica e enumera outras dificuldades: a administração dos posicionamentos e interesses de múltiplos atores, o fato dos dois países terem culturas organizacionais distintas, os problemas administrativos e burocráticos e a ausência de especialistas suficientemente bem-remunerados em Moçambique a fim de trabalhar na fábrica.

Quanto à decisão sobre a localização da fábrica, entre as alternativas A ou B do projeto que detalhamos no item anterior, o Governo moçambicano não optou nem pela A, que seria aproveitar as instalações da Final Farmacêutica, nem pela B, que seria começar uma fábrica do zero. Segundo nosso entrevistado nº 16, em 2009, o governo comprou uma planta de uma fábrica de soros que era de um ministro moçambicano. A fábrica situa-se em Matola, uma cidade próxima à capital Maputo e tem 20.000 m<sup>2</sup>, com 3.000 m<sup>2</sup> de área construída e 2.000 m<sup>2</sup> de área ociosa. Logo após a compra, o governo afirmou não ter condições de pagar a obra da fábrica por não dispor dos US\$ 5.400.000,00 (em dólares americanos) para executá-la, o que gerou grande impasse. Segundo o entrevistado, este é um projeto que tem tensão em todos os pontos, do micro ao macro, quase que cotidianamente. Conforme disse, depois de muito desgaste e conflitos, a solução encontrada veio do então Presidente Lula, que conseguiu que a Vale do Rio Doce fizesse uma doação de 75% dos custos das obras para inteirar a contrapartida do Governo Moçambicano. A empresa Vale do Rio Doce já atuava em Moçambique através de contratos de exploração de minério e tinha vários projetos sociais no país no âmbito de seus programas de responsabilidade corporativa. A Vale

fez a solicitação que o Governo brasileiro, através da Embaixada do Brasil, participasse das negociações das obras na condição de ouvinte.

De acordo com informações do entrevistado nº 21, a partir daí, iniciaram-se os trabalhos para cumprir o acordo de cooperação. Foi feito o *layout* da fábrica, assim como o projeto básico e, posteriormente, o projeto executivo. Além disso, começaram a esboçar o projeto de capacitação de técnicos moçambicanos na produção de medicamentos.

Em dezembro de 2010, último mês do segundo mandato, o Presidente Lula visitou Moçambique para reiterar o compromisso da construção da fábrica, o que motivou as partes envolvidas a agilizar os entendimentos para andamento dos trabalhos. As obras foram iniciadas em abril de 2011 e, nessa época, as máquinas encomendadas começaram a ser recebidas em Maputo, sendo, inicialmente, guardadas no armazém Central de Abastecimento do MISAU. Também nesse período, começou a chegar a equipe contratada para dar assessoria sobre os padrões internacionais de certificação. Inicialmente a fábrica apenas embalará os medicamentos enviados pelo Brasil; a produção em si estava, a princípio, prevista para começar no final de 2012. (COOPERAÇÃO SAÚDE Nº 4, 2011).

Sobre o fato de o maquinário da fábrica ter vindo todo do Brasil, o entrevistado nº 11 não vê isso como condicionalidade, considerando, sim, essa uma situação concreta da cooperação, já que a fábrica é brasileira e fica mais fácil para o Brasil trazer as máquinas doadas de seu país.

Outro ponto que não podemos deixar de mencionar foi o fato, de acordo com o relato do entrevistado nº 16, de o Governo de Moçambique ter posto o Instituto de Gestão de Empresas e Participação do Estado (IGEPE) para gerir a fábrica, com o intuito que ela gerasse lucros, sendo o MISAU o órgão que tutela o empreendimento e que tem a responsabilidade sobre as máquinas. Porém, segundo esse entrevistado, a soberania nacional fala mais alto e, na prática, eles podem fazer o que quiserem com essas máquinas. Essa atitude criou uma grande reviravolta no projeto, já que foi concebido com uma função social de fornecer medicamentos à população, com preços menores que os atualmente disponíveis e sem quebras de estoque, e não para gerar lucros. A partir daí, começaram a surgir boatos de que a fábrica poderia ser vendida e privatizada, uma vez que o IGEPE tem gerenciado projetos de parcerias público-privadas em Moçambique. Contudo, nosso entrevistado nº 6 tem uma visão diferente da

opinião do entrevistado 16, acima citado: para ele, é óbvio que existem diversos interesses conflitantes em jogo. Ele afirma que o Brasil, desde o começo, tenta fazer o Governo moçambicano enxergar a fábrica como um elemento estruturante do sistema de saúde do país e acredita que ele o entenda assim. Inclusive, ele afirma que, nos documentos do projeto em que os equipamentos são doados, existe um determinado vínculo esclarecendo que são doados para o Governo moçambicano por um período de tempo específico. Ou seja, se eles venderem a fábrica, não haverá como vender esses equipamentos. Esse mesmo entrevistado afirma que em 2012 a Vale concluiu a construção da fábrica e que esta foi totalmente supervisionada na parte técnica pela FIOCRUZ.

É fácil imaginar que a operacionalização de uma fábrica desse porte não seja uma missão fácil e, de acordo com o entrevistado nº 16, é um desafio absurdo fazer com que o Governo moçambicano dê as respostas no seu devido tempo e com a sua devida qualidade. E o Brasil depende do Governo moçambicano para a contratação de pessoal, que não é feita e gera inúmeros atrasos. Ele diz que, desde 2011, planejava-se inaugurar a fábrica em julho de 2012, já que coincidiria com a Cúpula da CPLP, com a presença da Presidente Dilma, o que daria uma visibilidade maior à fábrica. E, durante todo esse período, a equipe brasileira, segundo o entrevistado, pressionava o Governo moçambicano quanto às contratações de pessoal, e nada acontecia. Um dia antes da data marcada para a inauguração, quando o Vice-presidente brasileiro Michel Temer já estava até em Moçambique, o Governo moçambicano lançou uma nota na imprensa, informando que a inauguração da fábrica não ocorreria porque não concordavam em inaugurá-la, pois ainda não estava produzindo medicamentos. O que iria acontecer seria apenas a empacotamento de medicamentos que tinham chegado do Brasil. A parte brasileira tentou esclarecer que era preciso fazer inicialmente uma validação do processo, sendo os primeiros passos o embasamento e a rotulagem. Só que, em paralelo a isso, os insumos também já tinham chegado, as máquinas já estavam sendo validadas, mas a fábrica ainda não tinha capacidade nem pessoal competente qualificado para produzir medicamentos. Diante desse impasse, decidiram chamar a cerimônia de “arranque das operações da fábrica” e esta ocorreu em julho de 2012 (fotos da fábrica disponíveis no Anexo I). Como previsto, à ocasião, foi embalada uma quantidade pequena de medicamentos. O Brasil foi representado no mais alto nível pelo seu Vice-presidente Michel Temer, porém, da parte do Ministério da Saúde de Moçambique,

nenhum representante de alto nível compareceu ao evento. De acordo com o entrevistado nº 11, o Governo moçambicano questionava que, se eles chamassem a cerimônia de “inauguração”, no mês seguinte teriam de ter antirretrovirais para distribuir, já que a população cobraria isso. O governo esteve representado pela governadora da cidade de Maputo.

Sobre a questão das matérias-primas que serão utilizadas na fábrica, o entrevistado nº 16 esclarecem que, a princípio, elas vêm do Brasil, mas quem as produzem são a China e a Índia. Em um segundo momento, o MISAU terá de abrir licitação para compra de insumos, uma competência que eles ainda não têm, pois precisariam de um setor regulador, de um laboratório de qualidade, de compradores de matérias-primas que, por vezes, vá visitar os fornecedores na China ou na Índia, de forma a atestar a qualidade. Precisam também de um edital com todas as regras para gerir essas ações.

Outro ponto levantado por vários entrevistados é o fato de Moçambique carecer de pessoal qualificado na área da saúde; então, muitas vezes, o problema não é só contratar, e sim não ter quem contratar com a devida qualificação. O entrevistado nº 6 exemplifica que só existe uma farmacêutica com mestrado e que o pessoal técnico é bom, mas não tem experiência. E ainda levanta o fato de estarem acostumados com a dinâmica da Cooperação Norte-Sul, na qual eles apenas recebiam, e na Sul-Sul existe uma divisão de resultados e responsabilidades, exigindo deles um comprometimento maior. E o entrevistado nº 16 complementa este tópico, informando que existe uma faculdade de farmácia no país, mas que não forma profissionais para a área de produção.

Em Moçambique, são distribuídos folhetos de informações sobre a fábrica, onde a coordenadora do projeto da fábrica, Lícia de Oliveira, responde às dúvidas mais comuns a respeito da fábrica<sup>28</sup>. Ela começa informando que a fábrica, agora denominada Sociedade Moçambicana de Medicamentos (SMM), é uma empresa 100% pública, controlada exclusivamente pelo Estado moçambicano. Informa também que a SMM produzirá seis antirretrovirais, dentre eles a nevirapina, a lamivudina + zidovudina (AZT) e outros medicamentos que pertencem à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, como remédios para hipertensão, diabetes e anti-inflamatórios. Trabalhando em um único turno de 8 horas, eles informam que a estimativa é que a fábrica produzirá

---

<sup>28</sup> Não foi possível referenciar este material já que trata-se apenas de um resumo sobre a fábrica fornecido pela FIOCRUZ, não tendo sido este publicado.

371 milhões de unidades de medicamentos por ano, sendo 226 milhões de ARV e 145 milhões de outros medicamentos. Informa também que a fábrica funcionava, nessa ocasião, com 30 pessoas que eram da antiga administração, mas diz que o Governo moçambicano já estaria contratando funcionários — através de um concurso público, e que serão preenchidas 15 vagas brevemente. Todos os contratados receberão treinamentos, dos quais, alguns serão realizados no Brasil. Esses cursos levarão, em média, 40 dias e serão realizados na Far-Manguinhos, unidade para produção de medicamentos da FIOCRUZ no Rio de Janeiro. Até o final do projeto, estimam que a fábrica terá 100 funcionários. A coordenadora do projeto informa também que, em termos comerciais, a fábrica produzirá medicamentos para a área pública e privada de Moçambique e que existe a possibilidade de se exportarem medicamentos para países da África subsaariana. Ela diz que o modelo econômico escolhido se utiliza de todos os mecanismos de que a iniciativa privada se utiliza para gerir uma empresa, mas que ela responde primeiramente ao Governo moçambicano. A fábrica conta também com um conselho de administração e uma direção executiva, sendo todos os cargos de chefia ocupados por moçambicanos. Do ponto de vista da regulação e certificação da qualidade no setor farmacêutico, ela comenta que o Governo moçambicano elaborou um novo desenho para o setor, nas formas de uma Direção Nacional de Farmácia e disse que esse documento, no momento, está em trânsito no governo, que tem intenção de criar uma autoridade regulatória mais forte e compatível com o nível de complexidade industrial que a fábrica requer. Quanto ao papel do Brasil no projeto, ela diz que o país apoiará todas as etapas do processo e que, no final da implantação da fábrica, terá desembolsado cerca de 23 milhões de dólares americanos. Ela declara que a cooperação brasileira é estruturante, baseada na construção de capacidades para o desenvolvimento, na integração e formação de recursos humanos, no fortalecimento organizacional e no desenvolvimento institucional. E, a partir disso, pretende romper com a tradicional transferência passiva de tecnologias e de recursos humanos que em geral caracterizam a Cooperação Norte-Sul.

Outro material a que tivemos acesso foi uma apresentação da fábrica feita pela própria FIOCRUZ<sup>29</sup>. Esse material informa que a fábrica é um elemento estratégico

---

<sup>29</sup> Trata-se de uma apresentação do *power-point* disponibilizada por um diretor da FIOCRUZ em Maputo.

para que se cumpra a Declaração de Política de Saúde de Moçambique. Afirma também que, mesmo com toda a ajuda que Moçambique recebe de vários tipos de doadores, o país continua desabastecido de medicamentos, e que a SMM foi criada para melhorar esse problema. Segundo o documento, a fábrica deve desfrutar de prerrogativa de preferência de compras nacionais para garantir sua sustentabilidade. Como oportunidades de receitas, o documento sugere a produção para mercado público e privado, o arrendamento das instalações, a terceirização de produção ou de embalagem e a exportação para países da SADC, a Comunidade de Desenvolvimento da África Austral. O retorno sobre o investimento está previsto para acontecer em sete anos, considerando-se apenas as vendas nacionais. Como resultados sociais, são esperados os aumentos nos postos de trabalho, o crescimento do conhecimento das pessoas envolvidas e a ampliação do acesso para tratamentos continuados menos sujeitos às interrupções históricas de fornecimento. O documento informa também que, a partir de setembro de 2012, a fábrica iniciaria a produção de um novo produto a cada dois meses, utilizando para tal as mesmas estratégias do Quadro 06 a seguir, em relação ao cronograma de produção do medicamento nevirapina:

| <b>CRONOGRAMA DE PRODUÇÃO DE MEDICAMENTOS</b>                                    |        |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------|
| Medicamentos                                                                     | Data   | Observações           |
| Embalagem Nevirapina 200 mg SMM <sup>30</sup> - Local de fabrico: Far-Manguinhos | Jul/12 | Medicamento em doação |
| Distribuição Nevirapina 200 mg SMM Embalada                                      | Set/12 |                       |
| Produção de lotes piloto Nevirapina 200 mg (6 meses de quarentena)               | Dez/12 | Insumos em doação     |
| Produção própria e distribuição Nevirapina 200 mg                                | Jul/13 | Insumos SMM           |

Fonte: Estudo de viabilidade técnico-econômico para instalação de fábrica de medicamentos de medicamentos em Moçambique para produção de medicamentos antirretrovirais e outros – Ministério da Saúde / FIOCRUZ – 2007.

<sup>30</sup> Foto do medicamento disponível no Anexo J.

Em novembro de 2012, o ex-Presidente Lula foi mais uma vez a Moçambique e participou da entrega ao MISAU da primeira remessa do antirretroviral Nevirapina 200 mg. Nesse momento, foi divulgada uma lista de 13 dos 21 medicamentos que serão disponibilizados até 2015. Lula também entregou os diplomas de conclusão de curso aos cinco técnicos moçambicanos capacitados pela Far-Manguinhos (FIOCRUZ, 2012). De acordo com o relato do nosso entrevistado nº 6, o ex-presidente tem um carinho grande pela fábrica, o que justifica essa sua última visita e também disse que existe uma perspectiva que a Presidente Dilma também a visite em 2013.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para finalizar nossa pesquisa, apresentaremos as conclusões a que chegamos sobre os tópicos abordados em nosso roteiro de entrevistas, relacionando-os com nosso referencial teórico. Voltaremos também à questão principal de pesquisa, motivadora de todo este trabalho. Para tanto, retomamos a afirmação de Rose (1991), segundo a qual todos os países têm problemas que consideram, a princípio, únicos, mas que, na realidade, são comuns a muitas outras sociedades. Isso se repetiu nas ações na área da saúde pública implementadas nos programas de Cooperação Sul-Sul do Brasil em Moçambique, já que o país tenta pôr em prática algumas lições baseadas em políticas públicas anteriormente implementadas no Brasil. E isso se aplica a todos os dez projetos aqui estudados.

Conforme comentamos no Capítulo 3, em seu discurso oficial, a cooperação brasileira se diz orientada pela demanda dos países beneficiários (*demand driven*), ou seja, ela não ofereceria uma agenda de programas de cooperação, e, sim, atenderia às demandas dos países que a procuram. Pelo que vimos ao longo de nossa pesquisa, tal fato nos parece verdadeiro já que, excetuando o caso da fábrica de antirretrovirais, que foi uma iniciativa de doação brasileira, todos os outros projetos analisados foram demandados por Moçambique. Precisamos, porém, fazer uma ressalva a essa afirmação acima pelo fato de que, em relação a Moçambique, as demandas são tamanhas e em tantas áreas, que talvez não sobre espaço para algum tipo de oferta de cooperação por parte do Brasil. Além disso, a Secretaria-Geral da Presidência da República vem organizando alguns editais de fomento à CSS, a exemplo do programa de Cooperação Técnica Descentralizada Sul-Sul, onde orienta os estados-federados e os municípios brasileiros na preparação de projetos para serem financiados pelo Governo brasileiro<sup>31</sup>. Isso significa que o Governo brasileiro estaria, portanto, gerando projetos, ou seja, criando uma oferta no campo da CSS. Fazer um edital implica definir objetivos, escopo temático e recorte geográfico, como ocorreu nesse caso.

---

<sup>31</sup> O edital completo do referido programa pode ser encontrado no seguinte endereço eletrônico: <http://www4.planalto.gov.br/saf-projetos/cooperacao-sul-sul/publicacoes/diretrizes-do-programa-de-cooperacao-tecnica-descentralizada-sul-sul>.

Ao investigarmos quais seriam as motivações brasileiras em transferir suas políticas públicas para Moçambique, chegamos à constatação de que essa é uma decisão e um projeto da política externa do Brasil não só nas relações exteriores com Moçambique, mas também de modo geral. Essa estratégia tem como objetivo projetar o Brasil no cenário internacional, desenvolvendo o já citado *soft power*, obter eventuais ganhos políticos a partir dessa relação com Moçambique, inclusive junto a outros Estados africanos e nos espaços multilaterais (ONU, OMC etc.). Já, especificamente, sobre a opção por cooperar com Moçambique, concluímos que ela se justifica porque o país africano, além de possuir vínculos históricos e culturais com o Brasil que facilitam as relações de cooperação, está se apresentando, nos últimos anos, como uma região interessante para negócios e projetos econômicos e de desenvolvimento de infraestruturas, principalmente em consequência das recentes descobertas de recursos naturais.

Com relação aos atores envolvidos na transferência das políticas, como antecipamos nas afirmações de Dolowitz e Marsh (2005), os projetos estudados não fogem à regra: são funcionários, burocratas, diplomatas, ministros, entre outros. Para elucidarmos melhor o papel desses atores, projeto por projeto, elaboramos o Quadro 07 a seguir.

Quadro 07: Projetos e atores.

| PROJETOS /ATORES          |                 |                                                                                                                               |
|---------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Projeto                   | País dos atores | Lista de atores                                                                                                               |
| 1. Viabilidade da Fábrica | Brasil          | Ministério da Saúde/ABC/FIOCRUZ                                                                                               |
|                           | Moçambique      | MISAU                                                                                                                         |
| 2. Capacitação da Fábrica | Brasil          | Ministério da Saúde/ABC/FIOCRUZ/ AISA                                                                                         |
|                           | Moçambique      | MISAU/Ministério dos Negócios Estrangeiros e Cooperação e Secretário Permanente/Direção de Planificação e Cooperação do MISAU |
| 3. Banco de Leite         | Brasil          | IFF/FIOCRUZ                                                                                                                   |
|                           | Moçambique      | MISAU                                                                                                                         |

|                                    |            |                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>4. Tele-saúde</b>               | Brasil     | IFF/FIOCRUZ                                                                                                                                                                          |
|                                    | Moçambique | MISAU                                                                                                                                                                                |
| <b>5. Saúde Materno-Infantil</b>   | Brasil     | IFF/FIOCRUZ                                                                                                                                                                          |
|                                    | Moçambique | MISAU                                                                                                                                                                                |
| <b>6. Órgão Regulador</b>          | Brasil     | ANVISA/ABC                                                                                                                                                                           |
|                                    | Moçambique | MISAU                                                                                                                                                                                |
| <b>7. Câncer</b>                   | Brasil     | Ministério da Saúde/INCA/MRE/ABC/AISA                                                                                                                                                |
|                                    | Moçambique | MISAU/Departamento de Doenças Não Transmissíveis/Direção Nacional de Assistência Médica/Direção Nacional de Planificação e Cooperação                                                |
| <b>8. Saúde Bucal Pesquisa</b>     | Brasil     | Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica e Coordenação Nacional de Saúde Bucal/MRE/ABC/AISA                                                                                |
|                                    | Moçambique | MISAU/Departamento Nacional de Assistência Médica/Direção Nacional de Planificação e Cooperação                                                                                      |
| <b>9. Saúde Bucal Prótese</b>      | Brasil     | Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica e Coordenação Nacional de Saúde Bucal/MRE/ABC/AISA                                                                                |
|                                    | Moçambique | MISAU/Departamento Nacional de Assistência Médica/Direção Nacional de Planificação e Cooperação                                                                                      |
| <b>10. Fortalecimento HIV/SIDA</b> | Brasil     | Ministério da Saúde/Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle de DST, AIDS e Hepatites Virais/Secretaria de Vigilância em Saúde/Escola Nacional de Saúde Pública/ABC/MRE/AISA |
|                                    | Moçambique | MISAU/Direção Nacional de Assistência Médica/Conselho Nacional de Combate à SIDA/Direção de Cooperação e Planificação                                                                |

Fonte: Tabela AISA. Com elaboração da autora.

Segundo as informações obtidas, podemos afirmar que, nos projetos estudados, o Brasil não vinculou sua ajuda à contratação de nenhuma empresa brasileira para os projetos. No caso da fábrica “Sociedade Moçambicana de Medicamentos”, que é uma doação, a Vale do Rio Doce faz parte, mas sua atuação não visa obter lucros, e sim doar os recursos para as obras. Pode-se dizer, evidentemente, que a Vale pode auferir ganhos simbólicos e políticos ao demonstrar-se “socialmente responsável”, para usar o termo em voga na atualidade dos estudos de gestão e administração de empresas.

Ao falarmos sobre o que realmente está sendo transferido nos dez projetos estudados, lembramos, mais uma vez, as palavras de Dolowitz e Marsh (1996), os quais, entre outras opções, mencionam a transferência de políticas bem-sucedidas, exatamente as que estão sendo, no discurso oficial e na fala dos entrevistados, transferidas pelo Brasil. Especificamente sobre o perfil do Brasil como ator da Cooperação Sul-Sul em Moçambique, podemos concluir que não foge ao perfil do Brasil como um todo no universo da Cooperação Sul-Sul, tendo como característica principal não fazer aporte financeiro, e sim cooperação técnica, pautada em suas *best practices*.

No tocante às condicionalidades, gostaríamos de relembra a já citada afirmação presente no discurso oficial da cooperação brasileira: a de que o País não impõe condicionalidades ao prestar sua cooperação; precisamos, no entanto, fazer uma ressalva antes de expor nossa conclusão a respeito desse tema. As opiniões a que tivemos acesso são tanto de moçambicanos quanto de brasileiros atuantes em diversas áreas no Brasil e em Moçambique, todos, de alguma forma, envolvidos no universo da cooperação, alguns até atuando mais especificamente nos dez projetos analisados. Sendo assim, segundo a amostra de entrevistados a que tivemos acesso, podemos afirmar que o Brasil não impõe condicionalidades políticas. Ressaltamos que esse fato talvez se justifique pela característica brasileira de não cooperar diretamente com recursos financeiros, e sim fazer cooperação técnica. É interessante notar que alguns entrevistados citaram que o Brasil deveria, sim, impor alguma forma de condicionalidade e que esta seria o comprometimento do país receptor em fazer o projeto, obter os resultados esperados, envolvendo-se diretamente em todas as suas etapas, ou seja, aceitando a cooperação de forma ativa e participante.

Com relação à afirmação de Dolowitz e Marsh (1996) — de que as transferências de políticas públicas ocorrem basicamente por duas vias, a voluntária e a coercitiva —, podemos concluir que, no caso dos dez projetos, a transferência foi

voluntária, já que foram de encontro às necessidades do País e foram, inclusive, demandadas por Moçambique.

Concluimos que um ponto positivo da cooperação brasileira é o nosso país ser considerado mais flexível que outros Estados cooperantes, principalmente os doadores do Norte, o que permite maiores adaptações aos projetos, tornando-os mais próximos das necessidades da agenda moçambicana. E, como pontos negativos do lado brasileiro, encontramos a falta de verbas para projetos que vêm se reduzindo desde 2011, mesmo sendo de cooperação técnica que não envolve altos montantes financeiros. Assim, com a falta de pessoal trabalhando em Moçambique, sendo as equipes que se deslocam para lá muito pequenas (o que as deixa sobrecarregadas de trabalho), os projetos brasileiros podem perder fôlego a médio e longo prazos. Com relação ao financiamento dos projetos, tivemos acesso basicamente aos valores financiados pela ABC, que constam da Tabela 12 a seguir:

Tabela 12: Projetos e valores.

| PROJETOS / VALORES                      |             |              |
|-----------------------------------------|-------------|--------------|
| Projeto                                 | Financiador | Valor (US\$) |
| 1. Viabilidade Fábrica                  | ABC         | 500.000,00   |
| 2. Capacitação Fábrica                  | ABC         | 1.009.208,00 |
| 3. Banco de Leite                       | ABC         | 519.080,00   |
| 4. Tele-saúde                           | ABC         | 317.200,00   |
| 5. Saúde Materno-Infantil <sup>32</sup> | -           | -            |
| 6. Órgão Regulador                      | ABC         | 453.236,00   |
| 7. Câncer                               | ABC         | 394.698,00   |
| 8. Saúde Bucal Pesquisa                 | ABC         | 392.340,00   |
| 9. Saúde Bucal Prótese                  | ABC         | 269.050,00   |

<sup>32</sup> No caso desse projeto, não tivemos acesso aos valores finais da ABC (e eventuais parceiros), pois o mesmo ainda se encontra em fase de negociação.

|                                    |           |              |
|------------------------------------|-----------|--------------|
| <b>10. Fortalecimento HIV/SIDA</b> | ABC/USAID | 1.140.295,00 |
|------------------------------------|-----------|--------------|

Fonte: Tabela AISA. Com elaboração da autora.

Anteriormente, comentamos que um ponto muito frequentemente levantado pelos críticos da CID diz respeito a se os projetos realmente deixam um legado para o país receptor. No caso dos dez projetos analisados em nossa pesquisa, infelizmente não temos como responder na totalidade a essa pergunta neste momento, já que todos ainda estão em andamento. Devemos, porém, fazer apenas duas ressalvas. No caso do nosso projeto nº 1, o estudo de viabilidade da fábrica, apesar de o mesmo já ter sido encerrado, se analisarmos acuradamente, poderemos considerá-lo apenas como uma fase anterior à construção da fábrica de medicamentos, que, enquanto não estiver funcionando plenamente, não terá como nos fornecer dados mais apurados sobre os reais resultados deixados para Moçambique. Porém, é fato inegável que a fábrica já existe e espera-se muito dela e isso por si só já pode ser considerado um legado relevante para o país na área da saúde pública, especificamente no combate a epidemia da AIDS. A infraestrutura existe, o treinamento foi realizado e as equipes da FIOCRUZ seguem muito presentes; no entanto, como Moçambique poderá gerir e fazer funcionar a fábrica sem os brasileiros, ainda não sabemos. A segunda consideração diz respeito ao nosso projeto nº 6, que trata do fortalecimento do órgão regulador de medicamentos, que já foi finalizado, mas apenas em sua primeira fase. E, pelas mudanças ocorridas no quadro de atores moçambicanos, a segunda fase terá de englobar novamente alguns pontos da primeira etapa.

O raciocínio acima também pode ser aplicado quando tentamos responder se, nos projetos analisados, houve alguma forma de transferência de política pública exitosa, já que, para isso, precisaríamos que eles houvessem terminado e que tivesse sido feita uma pesquisa de avaliação de resultados e do impacto.

Quanto aos pontos que ajudaram na transferência das políticas públicas do Brasil para Moçambique, concluímos que o primeiro deles é, inegavelmente, a facilidade de ambos os países falarem a mesma língua. Em segundo lugar, podemos citar os laços históricos e culturais que unem brasileiros a moçambicanos e vice-versa, que, em uma

análise precipitada, pode parecer algo impalpável, mas que, na prática, realmente facilitam a interação entre os profissionais dos dois países.

Já, em relação aos obstáculos encontrados nas transferências de políticas públicas para Moçambique, podemos começar tocando nas dificuldades orçamentárias de ambos os países, respeitando, obviamente, suas devidas diferenças. Embora os dois pertençam ao grupo de países em desenvolvimento, existe uma diferenciação a ser considerada nos níveis de desenvolvimento econômico e humano — de um lado, as enormes carências orçamentárias moçambicanas e, de outro, um crescente investimento de empresas brasileiras em Moçambique de 2003 a 2010. Ressaltamos, no entanto, que os financiamentos brasileiros em cooperação, de uma forma geral, estão diminuindo desde 2011, coincidindo com o início da gestão da Presidente Dilma Rousseff.

Ainda sobre as dificuldades para transferir políticas públicas, encontramos opiniões diversas em nossa pesquisa que não nos permitem emitir conclusões gerais. O que podemos compreender é que o ritmo de trabalho, a relação com as urgências em Moçambique sejam aspectos um tanto diferenciados da forma brasileira de trabalhar. Os fatores que também atrapalham as transferências são a fragilidade das instituições do país e o fato de existirem muito atores envolvidos em cada projeto, que mudam frequentemente, dificultando a continuidade do trabalho e fazendo com que se perca tempo, ao praticamente andar-se para trás quando ocorre a entrada de um novo gestor ou responsável pela condução dos projetos.

Tanto Dolowitz e Marsh (1996) quanto Rose (1993) afirmam que existem diferentes níveis de transferência que variam em um contínuo da cópia à inspiração. Concluímos que, nos casos estudados, não houve cópia, uma vez que os projetos foram adaptados às realidades locais. As políticas públicas replicadas pelo Brasil em Moçambique no campo da saúde, estudadas neste trabalho, foram inspiradas em políticas públicas inicialmente aplicadas com sucesso no Brasil, sendo provavelmente as de maior sucesso e reconhecimento internacional a de combate ao HIV/SIDA e a do Banco de Leite no combate a desnutrição de recém-nascidos.

Responderemos, finalmente, à questão principal de nossa pesquisa: quais são os projetos desenvolvidos pelo Governo brasileiro em Moçambique no campo da saúde pública desde 2003? Por ser esse um questionamento direto e com intenções bem claras que pressupõem uma enumeração, acreditamos que a melhor forma de responder seja de forma sucinta e direta. Respondemos, então, que estão sendo implementados dez

projetos, através de basicamente cinco instituições executoras, envolvendo inúmeros atores. Para facilitar o entendimento, elaboramos o Quadro 08 a seguir:

Quadro 08: Projetos e títulos

| <b>PROJETOS / TÍTULOS</b> |                                                                                                                                                                         |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1</b>                  | Estudo de viabilidade técnico-econômica para a instalação de fábrica de medicamentos em Moçambique para a produção de medicamentos antirretrovirais e outros.           |
| <b>2</b>                  | Capacitação em produção de medicamentos antirretrovirais.                                                                                                               |
| <b>3</b>                  | Apoio aos programas de saúde infantil, reprodutiva e do adolescente - Banco de Leite.                                                                                   |
| <b>4</b>                  | Apoio aos programas de saúde infantil, reprodutiva e do adolescente - Núcleo de Tele-saúde, Ensino a Distância e Bibliotecas.                                           |
| <b>5</b>                  | Apoio aos programas de saúde infantil, reprodutiva e do adolescente - Atenção à saúde materna e neonatal e fortalecimento de ações de promoção da saúde do adolescente. |
| <b>6</b>                  | Fortalecimento institucional do órgão regulador de medicamentos de Moçambique como agente regulador do setor farmacêutico.                                              |
| <b>7</b>                  | Fortalecimento das ações de prevenção e controle do câncer em Moçambique.                                                                                               |
| <b>8</b>                  | Apoio ao desenvolvimento de política nacional de saúde oral em Moçambique – pesquisa em saúde bucal na capital Maputo.                                                  |
| <b>9</b>                  | Apoio ao desenvolvimento de política nacional de saúde oral em Moçambique – capacitação de técnicos em prótese dentária.                                                |
| <b>10</b>                 | Fortalecimento da resposta à epidemia de HIV/SIDA de Moçambique.                                                                                                        |

Fonte: Tabela AISA. Com elaboração da autora.

Ao longo de nossa pesquisa, encontramos algumas limitações que consideramos serem importantes, as quais enumeraremos a seguir. Em primeiro lugar, alguns entrevistados não permitiram que seus nomes fossem citados em nossa pesquisa, o que fez com que os seus comentários nas entrevistas não pudessem ser perfeitamente

situados por quem tivesse acesso à dissertação. Outro obstáculo que encontramos foi o fato de, algumas vezes, ao solicitarmos documentos oficiais do Governo brasileiro, os gestores não os terem enviado de forma completa (um entrevistado chegou a comentar que ele próprio faria algumas adaptações para nos enviar o documento). Outra dificuldade com que deparamos foi haver pouco material publicado a respeito da Cooperação Sul-Sul brasileira em saúde, visto que este pode ser considerado um fenômeno recente no universo das relações internacionais. Outra dificuldade encontrada é que todos os projetos ainda se encontram em execução e, com isso, não termos como mensurar os seus resultados e o seu impacto em Moçambique. Esse fato demonstra que, de forma alguma, este trabalho esgota o tema da Cooperação Sul-Sul em saúde em Moçambique, permitindo-nos sugerir que outros estudos o complementem dentro do mesmo viés do *policy transfer*, e também enfocando outras nuances e pontos de vista analíticos.

Entendemos que o foco deste trabalho foi uma área muito importante da Cooperação Sul-Sul brasileira — a área da saúde pública, na qual muitos afirmam situarem-se as melhores práticas do País. Temos certeza, porém, de que seria de grande valia que outros estudos se direcionassem também para outras áreas de políticas públicas, principalmente a da agricultura e da educação a distância. Consideramos esse um tema vasto, complexo e pouco explorado e esperamos ter estimulado, por meio de nossa modesta pesquisa, a colaboração de outros pesquisadores para o enriquecimento tanto da parte teórica quanto da dimensão prática, por exemplo, por meio de novos estudos de casos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABC, Agência Brasileira de Cooperação. **A cooperação técnica do Brasil para a África**. Brasília: ABC, 2010.

ABC, Agência Brasileira de Cooperação. Disponível em <http://abc.gov.br>, acessado em 12 jan. 2012.

AFONSO, Maria Manuela e FERNANDES, Ana Paula. **abCD Introdução à Cooperação para o Desenvolvimento**. Lisboa: Colprinter, 2005.

ALMEIDA, Carla. e TABAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores sob o crivo da política: balanços e perspectivas. **Serviço Social e Sociedade**, Jan/Mar. 2012, nº 109, p. 831-844.

ALMEIDA, Paulo Roberto. Uma política externa engajada: a diplomacia do governo Lula. **Revista Brasileira de Política Internacional**, Jan./Jun. 2004, vol. 47, nº 1, p. 162-184.

AVRITZER, Leonardo e WRAMPLER, Brian. The spread of participation budgeting in Brazil: from radical democracy to participatory good government. **Journal of Latin American Studies**, 2005, vol. 7, p. 37-49.

AVRITZER, Leonardo. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. **Opinião Pública**, Jun. 2008, vol. nº 14, nº 1, p. 43-64.

\_\_\_\_\_. Sociedade civil, instituições participativas e representação: da autorização à legitimação da ação. **Dados – Revista de Ciências Sociais**, 2007, vol. 50, nº 3, p. 443-464.

AYLLÓN, Bruno. Coperación Sur-Sur (CSS) y gobernanza multilateral del sistema de ayuda: implicaciones para la cooperación española. Fride Foundation (Madri), jul./2009; disponível em <<http://www.fride.org/publicacion/620/espana-la-css-y-la-gobernanza-multilateral-del-sistema-de-ayuda>>, acessado em 12/11/2012.

BACELAR, Tânia. As políticas públicas no Brasil: heranças, tendências e desafios. In: Santos Junior, Orlando Alves dos ET AL (organizadores). **Políticas Públicas Gestão Local**: programa interdisciplinar de capacitação de conselheiros municipais. Rio de Janeiro, Fase, 2003.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRAINARD, Lael. Organazing US foreign assistance to meet 21 st century challenges. In BRAINARD, Lael (organizadores). **Security by other means**: foreign assistance, global poverty, and american leadership. Washington D.C.: The Brookings Instituiton Press, 2007, p. 1-25.

BRITO, Luís. Pobreza, “Parpas” e Governação. In: BRITO, Luís ET AL. **Desafios para Moçambique 2012**. Maputo: IESE, 2012, p. 25-42.

BUANA, Flávia e VENTURA, Carla Aparecida Arena. Cooperação internacional para o combate às drogas ilícitas em Moçambique. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Mai/Jun. 2011, vol. 19, nº spe., p. 762-770.

BULMER, Simon e PADGETT, Stephen. Policy transfer in the European Union: an institutionalist perspective. **British Journal of Political Science**, 2005, vol. 35, nº 1, p.103-126.

BUSS, Paulo M. e FERREIRA, José Roberto. Cooperação e integração regional em saúde na América do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011, vol. 16, nº 6, p. 2699-2711.

CABRAL, Bernardo. **A Cooperação Técnica e Financeira Internacional**. Brasília: Senado Federal, Série Estudos nº 3, 1998.

CAPELA, José. **As Burguesias Portuguesas e a Abolição do Tráfico da Escravatura**. Portugal: Afrontamento, 1979.

CARUNCHO, Manuel Iglesia. **El impacto economico y social de la cooperación para el desarrollo**. Madrid: UCM, 2005.

CASTEL-BRANCO, Carlos Nuno e MANDLATE, Oksana. Da economia extrativa à diversificação da base produtiva: o que pode o PARP utilizar da análise do modo de acumulação em Moçambique? In: BRITO, Luís ET AL. In: **Desafios para Moçambique 2012**. Maputo: IESE, 2012, p. 117-144.

CLIFF, Julie, WALT, Gill e NHATAVE, Isabel. What's in a name? Policy transfer in Mozambique: DOTS for tuberculosis and syndromic management for sexually transmitted infections. **Journal of Public Health Policy**, Jan. 2004, vol. 25, nº 1, p.38-55.

COLOCRAI, Miryam e equipe. **Cenários e desafios da cooperação sul-sul após 30 anos da Declaração de Buenos Aires**. Informe do Encontro Acadêmico Ibero-americano de Cooperação Internacional – Ministério das Relações Exteriores, Comércio Internacional e Culto – Realizado pelo Centro de Investigação e Cooperação Internacional e Desenvolvimento CICI+D da Universidade Nacional de San Martín - Argentina, 2009.

COOPERAÇÃO DESENVOLVIMENTO. Disponível em: <http://cooperacao-desenvolvimento.blogspot.com.br/2011/12/de-busan-fica-promessa-de-uma-nova.html>, acessado em 3 jun. 2012.

COOPERAÇÃO SAÚDE Nº 3. Boletim de Atuação Internacional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

COOPERAÇÃO SAÚDE Nº 4. Boletim de Atuação Internacional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CORTÊS, Soraya Vargas. Sistema único de saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. **Caderno Saúde Pública**, Jul. 2009, vol. 27, nº 7, p. 1626-1633.

DAGNINO, Evelina. Sociedade civil, participação e cidadania: do que estamos falando? In: MATO, D. (coordenador). **Políticas de cidadania e sociedade civil em tempos de globalização**. Caracas: Faces, 2004, p. 95-110.

DINIZ, Eli. O contexto internacional e a retomada do debate sobre o desenvolvimento no Brasil contemporâneo (2000/2010). **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, 2011, vol. 54, nº 4, p. 493-531.

DOLOWITZ, David P. e MARSH, David. Learn from abroad: the role of policy transfer in contemporary policy-making. **International Journal of Policy Administration**. Jan. 2000, vol. 13, nº 1, p.5-24.

\_\_\_\_\_. Who learns what from whom: a review of the policy transfer literature. **Political Studies Association**. 1996, XLIV, p. 343-357.

DOMINGUEZ, Rafael. **La crisis de identidad del sistema de ayuda**. Documento de discussão. Fundação Carolina: Espanha, 2011.

EBC, Empresa Brasileira de Comunicação. Disponível em: <http://www.ebc.com.br/2012/12/pesquisadores-brasileiros-terao-casa-de-apoio-em-mocambique>, acesso em 15 dez. 2012.

EVANS, Mark e DAVIES, Jonathan. Understanding policy transfer: a multi-level, multi-disciplinary perspective. **Public Administration**, 1999, vol. 77, nº 2, p. 361-385.

FALLETI, Tulia. Efeitos da descentralização nas relações intergovernamentais: o Brasil em perspectiva comparada. **Sociologias**, Jul./Dez. 2006, nº 16, p. 46-85.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <http://fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=4985&sid=9>, acesso em 27 dez. 2012.

FONTOURA, Yuna Souza dos Reis da. **Governança global e transferência de política: do protocolo de Cartagena à política nacional de biossegurança**.

Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Fundação Getúlio Vargas (FGV), 2011.

FLEURY, Sonia. **Reforma del estado**. Washington (D.C): Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para El Desarrollo Social (INDES) – Diseno y gerencia de políticas y programas sociales, 2000.

FRANZESE, Cibele e ABRUCIO, Fernando Luiz. **A combinação entre federalismo e políticas públicas no Brasil pós 1988: os resultados nas áreas de saúde, assistência social e educação**. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), 2009.

HAMM, Brigitte I. A Human Rights Approach to Development. **Human Rights Quarterly**, Nov. 2001, vol. 23, nº 4, p. 1005-1031.

GUEDES, Ana Lúcia. **Governança global e transferência de política: do protocolo de Cartagena à política nacional de biossegurança**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas (FGV), 2011.

HIRST, Monica e ANTONINI, Blanca. **Passado e presente da cooperação norte-sul para o desenvolvimento** – Informe do Encontro Acadêmico Ibero-americano de Cooperação Internacional – Ministério das Relações Exteriores, Comércio Internacional e Culto – Argentina, 2009.

HIRST, Monica. **Aspectos conceituais e práticos da atuação do Brasil em cooperação Sul-Sul: os casos de Haiti, Bolívia e Guiné-Bissau**. Texto para discussão 1687. Rio de Janeiro: IPEA, 2012.

HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento: as bases da política de saúde no Brasil.** São Paulo: Hucitex/Anpocs, 1998. Disponível em: [http://www.oecd.org/departement/0,2688,en\\_2649\\_33721\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/departement/0,2688,en_2649_33721_1_1_1_1_1,00.html), acessado em 4 jun. 2012.

HUNTINGTON, Samuel P. Aid for what e for whom. **Foreign Policy**, Jan. 1971, nº 1, 161-189.

IDA – International Development Association. **Aid Architecture:** an overview of the main trends in official development assistance. Washington: IDA / The Wolrd Bank.

INESC – Instituto de Estudos Socioeconômicos. **Pesquisa presente e futuro:** tendências na cooperação internacional brasileira e o papel das agências ecumênicas. Brasília: Christian Aid, 2012.

INSIDA – Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informações sobre o HIV e SIDA em Moçambique. Moçambique, 2009.

IPEA a – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional:** 2005-2009. Brasília: IPEA, 2010.

IPEA b - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Relatório Nacional de Acompanhamento Objetivos de desenvolvimento do milênio. Brasília: IPEA, 2010. Brasília: Presidência da República, 2010.

JUNIOR, Leonardo Guirão. **Vulnerabilidade e resiliência entre adolescentes e jovens vivendo com HIV/SIDA na cidade de Maputo, Moçambique.** Tese (Doutorado em Política Social) - Universidade de Brasília, 2007.

KENNAN, George F. Foreign aid as a national policy – In: **The Academy of Political Science.** Proceedings of the academy of political science. Mai. 1971, vol. 30, nº 3, p. 175-183.

KHARAS, Homi. Can aid catalyze development? In: **Making development aid more effective.** Washington D.C: The Brookings Institute, 2010, p. 3-9.

LAUS, Sonia. Pereira. **A internacionalização da educação superior: um estudo de caso na universidade federal de Santa Catarina.** Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal da Bahia, 2012.

LECHINI, Gladys. Argentina y Brasil em La Cooperación Sur-Sur. In LECHINI, Gladys; Argentina y Brasil. **Venciend preconceptos. Las variadas aristas de uma relación estratégica.** Rio de Janeiro: Editora Revan, 2009.

LEITE, Patrícia Soares. **O Brasil e a cooperação sul-sul em três momentos de política externa:** os governos Jânio Quadros/João Goulart, Ernesto Geisel e Luiz Inácio Lula da Silva. Brasília: Fundação Alexandre Gusmão, 2011.

LUBAMBO, Cátia W. Desempenho da gestão pública: que variáveis compõem a aprovação popular em pequenos municípios? **Sociologias**, Jul./Dez. 2006, ano 8, nº16, p. 86-125.

MACIEL, Carlos Alberto Batista. Políticas públicas e controle social: encontros e desencontros da experiência brasileira. Disponível em: [unb.revistaintercambio.net.br/24h/pessoa/temp/anexo/1/.../118.doc](http://unb.revistaintercambio.net.br/24h/pessoa/temp/anexo/1/.../118.doc), acessado em 25/09/12.

MAIA, Jayme de Mariz. **Economia internacional e comércio exterior**. 12<sup>a</sup> Edição – São Paulo: Editora Atlas, 2008.

MARP – Mecanismo Africano de Pares. República de Moçambique – República de Moçambique - Relatório de Revisão do País. Moçambique, 2010.

MILANI, Carlos R. S. Políticas públicas locais e participação na Bahia: o dilema gestão versus política. **Sociologias**, Jul./Dez. 2006, ano 8, nº 16, p. 180-214.

\_\_\_\_\_. O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias. **Revista de Administração Pública** (Impresso), Mai./Jun. 2008, v. 42, nº 3, p. 551-579.

MINEC, Ministério dos Assuntos Estrangeiros e Cooperação. Disponível em: [http://www.minec.gov.mz/index.php?option=com\\_content&task=view&id=66&Itemid=104](http://www.minec.gov.mz/index.php?option=com_content&task=view&id=66&Itemid=104), acesso em 27 dez. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Participação do Ministério da Saúde no cenário internacional da saúde – Ciclo de debates da Assessoria Internacional do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório de Gestão 2010 da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

MOÇAMBIQUE PARA TODOS. Disponível em: <[http://www.macua.blogs.com/mocambique\\_para\\_todos/cooperacao\\_ongs/](http://www.macua.blogs.com/mocambique_para_todos/cooperacao_ongs/)>, acesso em 27 dez. 2012.

MORGENTHAU, Hans. A political theory of foreign aid. In: **The American Political Science Review**, Jun. 1962, vol. 56, nº 2, p. 301-309

MOSCA, João e SELEMANE Tomás. Mega-projetos no meio rural, desenvolvimento do território e pobreza: o caso de Tete. In: BRITO, Luís. **Desafios para Moçambique 2012**. Maputo: IESE, 2012, p. 231-255.

MOSSBERGER, Karen e WOLMAN, Harold. Transfer as a form of prospective evaluation: challenges and recommendations. **Public Administration Review**, Jul./Ago. 2003, vol. 63, nº 4, 428-440.

NERY, Tiago. **A economia do desenvolvimento na América latina**: o pensamento da CEPAL nos anos 1950-1990. São Paulo: Editora Caros Amigos, 2001.

NOBREGA, Camila e CARVALHO, Cleide. Brasil e Moçambique juntos. **O Globo**, Rio de Janeiro, 11 dez. 2012. Caderno Amanhã, p. 23 a 28.

NYE, Joseph S. **Bound to lead**: the changing nature of american power. New York: Basic Books, 1990.

O GLOBO. Rio de Janeiro: 2012, 11/12/12. Caderno O Globo Amanhã. p. 22-28.

O'LAUGHLIN, Bridget. O desafio da saúde rural. In: BRITO, Luís. **Desafios para Moçambique 2012**. Maputo: IESE, 2012, p. 333-371.

OECD – The Organisation for Economic Cooperation and Development. Disponível em:

[http://www.oecd.org/document/18/0,3746,en\\_2649\\_3236398\\_35401554\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/18/0,3746,en_2649_3236398_35401554_1_1_1_1,00.html), acessado em 3 jun. 2012.

OECD – The Organisation for Economic Cooperation and Development. Disponível em: [http://www.oecd.org/departement/0,2688,en\\_33721\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/departement/0,2688,en_33721_1_1_1_1_1,00.html), acessado em 4 jun. 2012.

PATRICIO, Raquel de Caria. **The new south-south cooperation in the brazilian foreign policy**. XII Congresso Internacional de ALADDA. Colômbia: ALADAA, 2010.

PUENTE, Carlos Alfonso Iglesias. **A cooperação técnica horizontal brasileira como instrumento da política externa**: a evolução da cooperação técnica com países em desenvolvimento – CTPD – no período 1995-2005. Brasília: Fundação Alexandre Gusmão, 2010.

ROSE, Richard. **Lesson-drawing in public policy**: a guide to learning across time and space. USA: Chatham House Publishers, 1993.

ROSE, Richard. What is lesson drawing? **Journal of Public Policy**, Jan. 1991, vol. 11, nº 1, p. 3-30.

SANTANA, José Paranaguá. Um olhar sobre a cooperação Sul-Sul em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2011, vol. 16, nº 6, p. 2993-3002.

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. 20ª Edição. Rio de Janeiro: Record, 2011.

SELA – Sistema Econômico Latino-Americano e do Caribe. **Oportunidades, perspectivas e instrumentos de financiación de la cooperación sur-sur em América Latina y el Caribe**. México: SELA, 2011.

SHENGA, Carlos e MATTES, Robert. Cidadania acrítica numa sociedade de baixa informação: os moçambicanos numa perspectiva comparativa. In: BRITO, Luís. **Cidadania e governação em Moçambique – Comunicações apresentadas na Conferência Inaugural do Instituto de Estudos Sociais e Econômicos**. Moçambique, 2008, p. 119-160.

SILVA, Alex Giacomelli da. O poder inteligente: a questão do HIV/AIDS na política externa brasileira. **Contexto Internacional**, Jan./Jun. 2005, vol. 27, nº 1, p.127-158.

SILVA, Marcelo Kunrath. Sociedade Civil e construção democrática: do maniqueísmo essencialista à abordagem relacional. **Sociologias**, Jul./Dez. 2006, ano 8, nº 16, p. 156-179.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão de literatura. **Sociologias**, Jul./Dez. 2006, ano 8, nº 16, p. 20-45.

SPINK, Peter. O lugar do lugar na análise organizacional. **Revista da Administração Contemporânea (RAC)**, 2001, edição especial, p. 11-34.

STONE. Dione. Transfer agents and global networks in the “transnationalization” of policy. **Journal of European Public Policy**, Jun. 2004, p. 545-566.

SWEDENABROAD. Disponível em: <<http://www.swedenabroad.com/pt-PT/Embassies/Maputo/Cooperacao-para-o-Desenvolvimento/Uma-breve-historia-da-cooperacao-entre-Mocambique-e-a-Suecia-sys/>>, acesso em 27 dez. 2012.

UNDP – United Nations Development Programme. National Human Development Report 2008. The role of information communication technologies in achieving the millennium development goals. Moçambique, 2008

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4ª Edição - Porto Alegre: Bookman, 2010.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A

#### LISTA DE ENTREVISTADOS

|    | ÁREA DE ATUAÇÃO                   | NACIONALIDADE | INSTITUIÇÃO                                          | LOCAL ENTREVISTA / DATA |
|----|-----------------------------------|---------------|------------------------------------------------------|-------------------------|
| 1  | Professor / Pesquisador           | Brasileiro    | Universidade de Brasília                             | Brasil - 01/10/12       |
| 2  | Analista de Projetos              | Brasileiro    | Agência Brasileira de Cooperação (ABC)               | Brasil - 02/10/12       |
| 3  | Chefe da Divisão de Projetos      | Brasileiro    | Assessoria Internacional de Assuntos em Saúde (AISA) | Brasil - 04/10/12       |
| 4  | Analista da Divisão de Projetos   | Argentino     | Assessoria Internacional de Assuntos em Saúde (AISA) | Brasil - 04/10/12       |
| 5  | Chefe da Divisão de Ensino        | Brasileiro    | Instituto Nacional do Câncer (INCA)                  | Brasil - 05/12/12       |
| 6  | Consultor Assuntos Internacionais | Brasileiro    | Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)                      | Brasil - 17/12/12       |
| 7  | Pesquisador e Professor           | Moçambicano   | Universidade Eduardo Mondlane(UEM)                   | Moçambique – 05/10/12   |
| 8  | Inspetor do Trabalho              | Moçambicano   | Ministério do Trabalho                               | Moçambique - 03/10/12   |
| 9  | Gestor                            | Moçambicano   | Ministério da Agricultura da Ásia                    | Moçambique - 02/10/12   |
| 10 | Diretor                           | Brasileiro    | Norberto Odebrecht                                   | Moçambique - 04/10/12   |
| 11 | Gestor                            | Moçambicano   | Ministério da Saúde (MISAU)                          | Moçambique - 05/10/12   |
| 12 | Professor                         | Moçambicano   | Instituto Superior de Relações Internacionais (ISRI) | Moçambique - 03/10/12   |

|    |                                                  |             |                                                           |                       |
|----|--------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------|
| 13 | Diretor                                          | Moçambicano | Centro de Promoção de Investimentos (CPI)                 | Moçambique - 02/10/12 |
| 14 | Diplomata                                        | Moçambicano | Ministério dos Negócios Estrangeiros e Cooperação (MINEC) | Moçambique - 02/10/12 |
| 15 | Diretor                                          | Moçambicano | Grupo Moçambicano da Dívida (GMD)                         | Moçambique - 05/10/12 |
| 16 | Diretor                                          | Brasileiro  | Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)                           | Moçambique - 01/10/12 |
| 17 | Diretor                                          | Brasileiro  | Embrapa                                                   | Moçambique - 01/10/12 |
| 18 | Diretor                                          | Moçambicano | Mecanismo de Apoio à Sociedade Civil (MASC)               | Moçambique - 01/10/12 |
| 19 | Embaixador                                       | Brasileiro  | Embaixada do Brasil                                       | Moçambique - 01/10/12 |
| 20 | Coordenador                                      | Moçambicano | Mecanismo Africano de Revisão de Pares (MARP)             | Moçambique - 02/10/12 |
| 21 | Diretor                                          | Brasileiro  | Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)                           | Moçambique - 10/10/12 |
| 22 | Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária | Brasileiro  | ANVISA                                                    | Brasil - 11/01/13     |
| 23 | Coordenador Técnico                              | Brasileiro  | Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS)       | Brasil - 16/08/12     |

## APÊNDICE B

### ROTEIROS DE ENTREVISTAS

| PERFIL DO ENTREVISTADO |                                                 |
|------------------------|-------------------------------------------------|
| 1                      | Nome:                                           |
| 2                      | Instituição:                                    |
| 3                      | Cargo/Função:                                   |
| 4                      | E-mail/Telefone:                                |
| 5                      | Lotado em:                                      |
| 6                      | Data da entrevista:                             |
| 7                      | Autoriza ser citado e referenciado na pesquisa? |

| QUESTÕES |                                                                                                                                                               |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1        | Que você tenha conhecimento, quais são os projetos que estão sendo desenvolvidos pelo Brasil em Moçambique no campo da saúde pública?                         |
| 2        | Quando cada projeto iniciou sua implantação? Já foram terminados ou ainda estão em curso?                                                                     |
| 3        | Quem eram os atores brasileiros e moçambicanos envolvidos nos projetos?                                                                                       |
| 4        | Os projetos surgiram para responder a demandas de Moçambique ou foram sugeridos inicialmente pelo Brasil? Quem concebeu o projeto?                            |
| 5        | Em sua opinião, o que levou o governo brasileiro a empreender esses projetos? Quais seriam as motivações da sua instituição em conduzir tais projetos?        |
| 6        | Foi sugerida a contratação de empresas fornecedoras de produtos/serviços/maquinário de origem brasileira? Quais são os insumos brasileiros usados no projeto? |
| 7        | O Brasil impôs alguma condicionalidade que, caso não fosse cumprida, inviabilizaria os projetos?                                                              |
| 8        | Quanto ao financiamento, como eram estruturados os projetos? Que parte coube ao Brasil e que parte a Moçambique, especificamente a que atores?                |
| 9        | Você acredita que esses projetos deixaram ou deixarão um real legado para Moçambique ou foram apenas ações pontuais?                                          |
| 10       | Qual a sua percepção em relação ao perfil do Brasil, enquanto doador da Cooperação Sul-Sul?                                                                   |
| 11       | Que fatores você poderia listar que ajudaram ou atrapalharam o desenvolvimento dos projetos?                                                                  |
| 12       | Você saberia dizer de onde surgiu a “boa prática” brasileira que, por seu sucesso, originou a réplica em Moçambique?                                          |

|           |                                                                                                                                        |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>13</b> | Você afirmaria que, no caso concreto do projeto X, houve uma transferência exitosa de política pública? Em caso negativo, por que não? |
| <b>14</b> | Existe alguma informação que não foi perguntada e você gostaria de complementar?                                                       |

## **APÊNDICE C**

### **PROJETOS CONSULTADOS**

Brasil – Moçambique – Apoio ao desenvolvimento da política nacional de saúde oral em Moçambique: pesquisa em saúde bucal na capital Maputo – BRA/04/043 – Agência Brasileira de Cooperação (ABC) e Ministério das Relações Exteriores.

Brasil – Moçambique – Apoio ao sistema de atendimento oral em Moçambique – Capacitação de técnicos moçambicanos em prótese dentária – Agência Brasileira de Cooperação (ABC) e Ministério das Relações Exteriores.

Brasil – Moçambique – Capacitação em produção de medicamentos anti-retrovirais – BRA/04/044 – Subprojeto S117 – Revisão E – Agência Brasileira de Cooperação (ABC) e Ministério das Relações Exteriores.

Brasil – Moçambique – Estudo de viabilidade técnico-econômico para instalação de fábrica de medicamentos em Moçambique para a produção de medicamentos anti-retrovirais e outros – BRA/04/044 – Agência Brasileira de Cooperação (ABC) e Ministério das Relações Exteriores.

Brasil – Moçambique – Fortalecimento das ações de prevenção e controle do câncer em Moçambique – BRA/04/043-S149 – Revisão B – Agência Brasileira de Cooperação (ABC) e Ministério das Relações Exteriores.

Brasil – Moçambique – Fortalecimento da resposta de Moçambique à epidemia de HIV e SIDA – Versão 13/04/2012 – Agência Brasileira de Cooperação (ABC) e Ministério das Relações Exteriores.

Brasil – Moçambique – Fortalecimento institucional do órgão regulador de medicamentos de Moçambique como agente regulador do setor farmacêutico – 2008 – BRA/04/044-S136 – Agência Brasileira de Cooperação (ABC) e Ministério das Relações Exteriores.

## ANEXOS

## ANEXO A

## MAPA DE MOÇAMBIQUE



## ANEXO B

## FILIAÇÃO DE MOÇAMBIQUE EM ORGANISMOS INTERNACIONAIS

| ORGANIZAÇÃO                                                                                | SEDE                       | SITE                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <b>Organização das Nações Unidas (ONU)</b>                                                 | Nova Iorque<br>- EUA       | <a href="http://www.un.org">www.un.org</a>                         |
| <b>União Africana</b>                                                                      | Addis Abeba<br>– Etiópia   | <a href="http://www.african.union.org">www.african.union.org</a>   |
| <b>Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral (SADC)</b>                          | Gaberone –<br>Botswana     | <a href="http://www.SADC.int">www.SADC.int</a>                     |
| <b>COMMONWEALTH</b>                                                                        | Londres                    | <a href="http://www.thecommonwelth.org">www.thecommonwelth.org</a> |
| <b>Associação dos Países da Orla do Oceano Índico para a Cooperação Regional (IOR-ARC)</b> | Port-Louis –<br>Maurícias  | <a href="http://www.iornet.org">www.iornet.org</a>                 |
| <b>Organização para a Cooperação Islâmica (OCI)</b>                                        | Jeddah –<br>Arábia Saudita | <a href="http://www.oic-oci.org">www.oic-oci.org</a>               |
| <b>Movimento dos Não-Alinhados (NAM)</b>                                                   | Nova Iorque<br>- EUA       |                                                                    |
| <b>África, Caríbas e Pacífico (ACP's)</b>                                                  |                            |                                                                    |
| <b>Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO)</b>                | Roma -Itália               | <a href="http://www.fao.org">www.fao.org</a>                       |
| <b>Organização Mundial da Saúde (OMS)</b>                                                  | Genebra -<br>Suíça         | <a href="http://www.who.int">www.who.int</a>                       |
| <b>Organização Internacional de Trabalho (OIT)</b>                                         | Genebra -<br>Suíça         | <a href="http://www.ilo.org">www.ilo.org</a>                       |
| <b>Organização Mundial de Propriedade Intelectual (MOPI)</b>                               | Genebra -<br>Suíça         | <a href="http://www.wipo.int">www.wipo.int</a>                     |

|                                                                                    |                           |                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e Cultura (Unesco)</b> | Paris - França            | <a href="http://www.unesco.org">www.unesco.org</a>                             |
| <b>Organização Mundial do Comércio (OMC)</b>                                       | Genebra - Suíça           | <a href="http://www.wto.org">www.wto.org</a>                                   |
| <b>Fundo Internacional para o Desenvolvimento da Agricultura (IFAD)</b>            | Roma - Itália             | <a href="http://www.ifad.org/governance/ifad">www.ifad.org/governance/ifad</a> |
| <b>Programa Mundial para Alimentação (PMA)</b>                                     | Roma – Itália             |                                                                                |
| <b>Cruz Vermelha Internacional</b>                                                 | Genebra - Suíça           | <a href="http://www.cicr.org">www.cicr.org</a>                                 |
| <b>Comunidade de Democracias</b>                                                   |                           |                                                                                |
| <b>Conselho de Paz e Segurança da União Africana</b>                               | Addis Abeba – Etiópia     | <a href="http://www.africanunion.org">www.africanunion.org</a>                 |
| <b>Parlamento Pan-africano</b>                                                     | África do Sul             |                                                                                |
| <b>Banco Africano de Desenvolvimento (BAD)</b>                                     | Abidjan – Costa do Marfim |                                                                                |
| <b>Fundo Monetário Internacional (FMI)</b>                                         | Washington - EUA          | <a href="http://www.imf.org">www.imf.org</a>                                   |
| <b>Banco Mundial (BM)</b>                                                          | Washington - EUA          | <a href="http://www.wb.org">www.wb.org</a>                                     |
| <b>Banco Islâmico para o Desenvolvimento</b>                                       | Jeddah – Arábia Saudita   |                                                                                |
| <b>Organização Internacional da Polícia Criminal (INTERPOL)</b>                    |                           |                                                                                |
| <b>União Latina</b>                                                                | Paris – França            |                                                                                |
| <b>Comissão Oceanográfica Internacional (COI)</b>                                  | Paris - França            |                                                                                |

|                                                          |        |  |
|----------------------------------------------------------|--------|--|
| <b>Organização Marítima Internacional</b>                |        |  |
| <b>Organização Internacional de Aviação Civil (ICAO)</b> | Canadá |  |

Fonte: [www.minec.gov.mz](http://www.minec.gov.mz)

## ANEXO C

## PROJETOS DA EMBRAPA NA ÁFRICA POR PAÍS

| PAÍS AFRICANO<br>COOPERAÇÃO<br>TÉCNICA | N ° DE PROJETOS<br>COORDENADOS PELA<br>ABC / MRE | Nº DE PROJETOS<br>ABC/MRE COM A<br>PARTICIPAÇÃO DA<br>EMBRAPA |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| África do Sul                          | 04                                               |                                                               |
| Angola                                 | 16                                               | 01                                                            |
| Argélia                                | 09                                               |                                                               |
| Benim                                  | 06                                               | 01                                                            |
| Botsuana                               | 05                                               | 02                                                            |
| Burquina Faso                          | 02                                               | 01                                                            |
| Cabo Verde                             | 14                                               | 01                                                            |
| Camarões                               | 04                                               |                                                               |
| Congo                                  | 05                                               | 02                                                            |
| Gabão                                  | 02                                               |                                                               |
| Gana                                   | 08                                               | 03                                                            |
| Guiné-Bissau                           | 08                                               |                                                               |
| Guiné-Equatorial                       | 03                                               | 03                                                            |
| Libéria                                | 08                                               |                                                               |
| Mali                                   | 05                                               | 03                                                            |
| Marrocos                               | 07                                               |                                                               |
| Moçambique                             | 32                                               | 05                                                            |
| Namíbia                                | 07                                               |                                                               |
| Nigéria                                | 02                                               | 02                                                            |
| Quênia                                 | 05                                               |                                                               |
| São Tomé e Príncipe                    | 23                                               | 01                                                            |
| Senegal                                | 05                                               | 03                                                            |
| Serra Leão                             | 03                                               |                                                               |
| Tanzânia                               | 05                                               | 03                                                            |
| Togo                                   | 03                                               | 01                                                            |
| Tunísia                                | 01                                               | 01                                                            |
| Uganda                                 | 01                                               |                                                               |

|                 |    |  |
|-----------------|----|--|
| <b>Zâmbia</b>   | 04 |  |
| <b>Zimbábue</b> | 01 |  |

Fonte: Embrapa, material não publicado, fornecido pelo entrevistado nº 17, em outubro de 2012.

## ANEXO D

## PROJETOS EM EXECUÇÃO PELA ABC EM MOÇAMBIQUE

| PROJETOS EM EXECUÇÃO                                                                                               | ATORES BRASILEIROS                                                                                                                                                        | ATORES MOÇAMBICANOS                                                                        | OUTROS |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| <b>Apoio ao Desenvolvimento Urbano de Moçambique – Fase II.</b>                                                    | Caixa Econômica Federal, Universidade Estadual de Campinas, Universidade de São Paulo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. | Ministério de Obras Públicas e Habitação                                                   |        |
| <b>Capacitação em Produção de Medicamentos Antirretrovirais</b>                                                    | Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)                                                                                                                      | Ministério da Saúde (MISAU)                                                                |        |
| <b>Fortalecimento Institucional do Órgão Regulador de Medicamentos como Agente Regulador do Setor Farmacêutico</b> | Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Ministério da Saúde                                                                                                    | Departamento Farmacêutico do Ministério da Saúde (MISAU)                                   |        |
| <b>Programa de Educação Alimentar e Nutricional – Cozinha Brasil – Moçambique</b>                                  | Serviço Social da Indústria, Departamento Regional do Rio Grande do Sul                                                                                                   | Ministério da Indústria e Comércio – Unidade Técnica de Promoção da Industrialização Rural |        |

|                                                                                          |                                                                                                |                                                                           |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Implantação do Centro de Formação Profissional Brasil - Moçambique</b>                | Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial, Direção Nacional e Departamento Regional da Bahia | Instituto Nacional do Emprego e Formação Profissional de Moçambique INFEP |  |
| <b>Reabilitação do Cefloma – Centro Florestal de Machipanda</b>                          | Universidade Federal do Paraná - UFPR                                                          | Universidade Eduardo Mondlane, Ministério da Educação                     |  |
| <b>Apoio à Implementação do Sistema Nacional de Arquivos do Estado</b>                   | Arquivo Nacional do Brasil – Casa Civil da Presidência da República                            | Ministério da Função Pública                                              |  |
| <b>Apoio ao Desenvolvimento Gerencial Estratégico do Governo de Moçambique</b>           | Escola Nacional de Administração – ENAP                                                        | Instituto Superior de Administração Pública - ISAP                        |  |
| <b>Capacitação em Técnicas Militares de Oficiais Moçambicanos no Exército Brasileiro</b> | Ministério da Defesa – Escola Militar de Agulhas Negras                                        | Ministério da Defesa Nacional                                             |  |
| <b>Capacitação Técnica em Inspeção e Relações de Trabalho</b>                            | Ministério do Trabalho e Emprego                                                               | Ministério do Trabalho de Moçambique                                      |  |
| <b>Capacitação Profissional em</b>                                                       | Serviço Nacional de Aprendizagem                                                               | Ministério do Turismo                                                     |  |

|                                                                                                             |                                                      |                                                                                           |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>Turismo e Hospitalidade – Área de Segurança de Alimentos</b>                                             | Comercial – SENAC-BA                                 |                                                                                           |                      |
| <b>Elaboração do Programa Nacional de Alimentação Escolar de Moçambique</b>                                 | Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação - FNDE | Ministério da Educação – MINED<br>PMA – Programa Mundial de Alimentação                   |                      |
| <b>Capacitação Técnica de Moçambicanos em Agricultura de Conservação</b>                                    | Embrapa/Cerrados                                     | Instituto de Investigação Agrária de Moçambique do Ministério da Agricultura – IIAM/MINAG | CIRAD (França)       |
| <b>Fortalecimento Institucional do Instituto Nacional de Normalização e Qualidade de Moçambique (INNOQ)</b> | INMETRO, INT e ABNT                                  | Instituto Nacional de Normalização e Qualidade de Moçambique (INNOQ)                      | GTZ e PTB (Alemanha) |
| <b>Suporte Técnico à Plataforma de Inovação Agropecuária de Moçambique</b>                                  | Embrapa                                              | Instituto de Investigação Agrária de Moçambique (IIAM), Ministério da Agricultura (MINAG) | USAID (EUA)          |
| <b>Apoio à Requalificação do Bairro de Chamanculo C no âmbito da</b>                                        | Ministério das Cidades, Caixa Econômica Federal      | Conselho Municipal de Maputo                                                              | Cooperação Italiana  |

|                                                                                                                                    |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| <b>Estratégia Global<br/>de Reordenamento<br/>e Urbanização dos<br/>Assentamentos<br/>Informais do<br/>Município de<br/>Maputo</b> |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|

Fonte: ABC, Agência Brasileira de Cooperação. **A cooperação técnica do Brasil para a África.** Brasília: ABC, 2010.

## ANEXO E

## PROJETOS EM NEGOCIAÇÃO PELA ABC EM MOÇAMBIQUE

| PROJETOS EM NEGOCIAÇÃO                                                                                                | ATORES BRASILEIROS                                                                        | ATORES MOÇAMBICANOS                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Capacitação Jurídica de Formadores e Magistrados</b>                                                               | Escola Superior do Ministério Público da União                                            | Centro de Formação Jurídica e Judiciária                                                                                                    |
| <b>Projeto de Implantação do Instituto da Mulher, ANEX Criança e do Adolescente de Moçambique</b>                     | Instituto Fernandes Figueira (IFF)                                                        | Ministério da Saúde (MISAU) – Direção Nacional de Saúde Pública – Hospital Central de Maputo – Departamento de Saúde da Mulher e da Criança |
| <b>Centro de Excelência em Turismo</b>                                                                                | Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC)                                        | Ministério do Turismo                                                                                                                       |
| <b>Capacitação Técnica em Matéria de Prisões</b>                                                                      | Ministério da Justiça – Departamento Penitenciário Nacional                               | Ministério do Interior                                                                                                                      |
| <b>Apoio ao Desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Bucal em Moçambique</b>                                     | Ministério da Saúde – Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal | Ministério da Saúde (MISAU) – Departamento Nacional de Assistência Médica                                                                   |
| <b>Apoio ao Sistema de Atendimento Bucal em Moçambique – Capacitação de Técnicos Moçambicanos em Prótese Dentária</b> | Ministério da Saúde – Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal | Ministério da Saúde (MISAU) – Departamento Nacional de Assistência Médica                                                                   |
| <b>Implantação de Projeto de Terapia</b>                                                                              | Ministério da Saúde – Departamento de Atenção                                             | Ministério da Saúde (MISAU) – Direção                                                                                                       |

|                                                                                        |                                                                                                                       |                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Comunitária em Moçambique, como Instrumento de Promoção da Saúde</b>                | Básica – Instituto Brasileiro de Ação Popular IBrAp                                                                   | Nacional de Saúde Pública – Departamento de Saúde Mental                                                  |
| <b>Fortalecimento das Ações de Prevenção e Controle do Câncer em Moçambique</b>        | Ministério da Saúde – Instituto Nacional do Câncer                                                                    | Ministério da Saúde (MISAU) / Departamento de Doenças não transmissíveis / Nacional de Assistência Médica |
| <b>Apoio ao Desenvolvimento da Aquicultura e Pesca de Pequena Escala em Moçambique</b> | Ministério da Pesca e Aquicultura (MPA)                                                                               | Ministério das Pescas                                                                                     |
| <b>Cooperação Técnica em Previdência Social</b>                                        | Ministério da Previdência Social – Empresa de Tecnologia da Informação do Ministério da Previdência Social - Dataprev | Ministério do Trabalho – Instituto Nacional de Segurança Social                                           |
| <b>Programa de Alfabetização e Educação de Adultos em Moçambique – Fase IV</b>         | Ministério da Educação – Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade – SECAD/MEC                   | Ministério da Educação e Cultura de Moçambique                                                            |

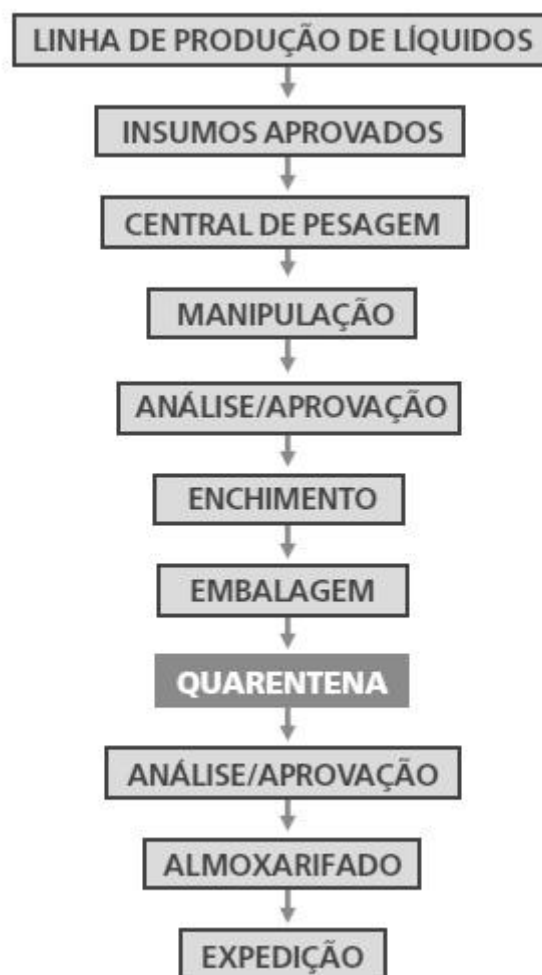
Fonte: ABC, Agência Brasileira de Cooperação. **A cooperação técnica do Brasil para a África.** Brasília: ABC, 2010.

## ANEXO F

## ESQUEMA DE PRODUÇÃO DE MEDICAMENTOS SÓLIDOS



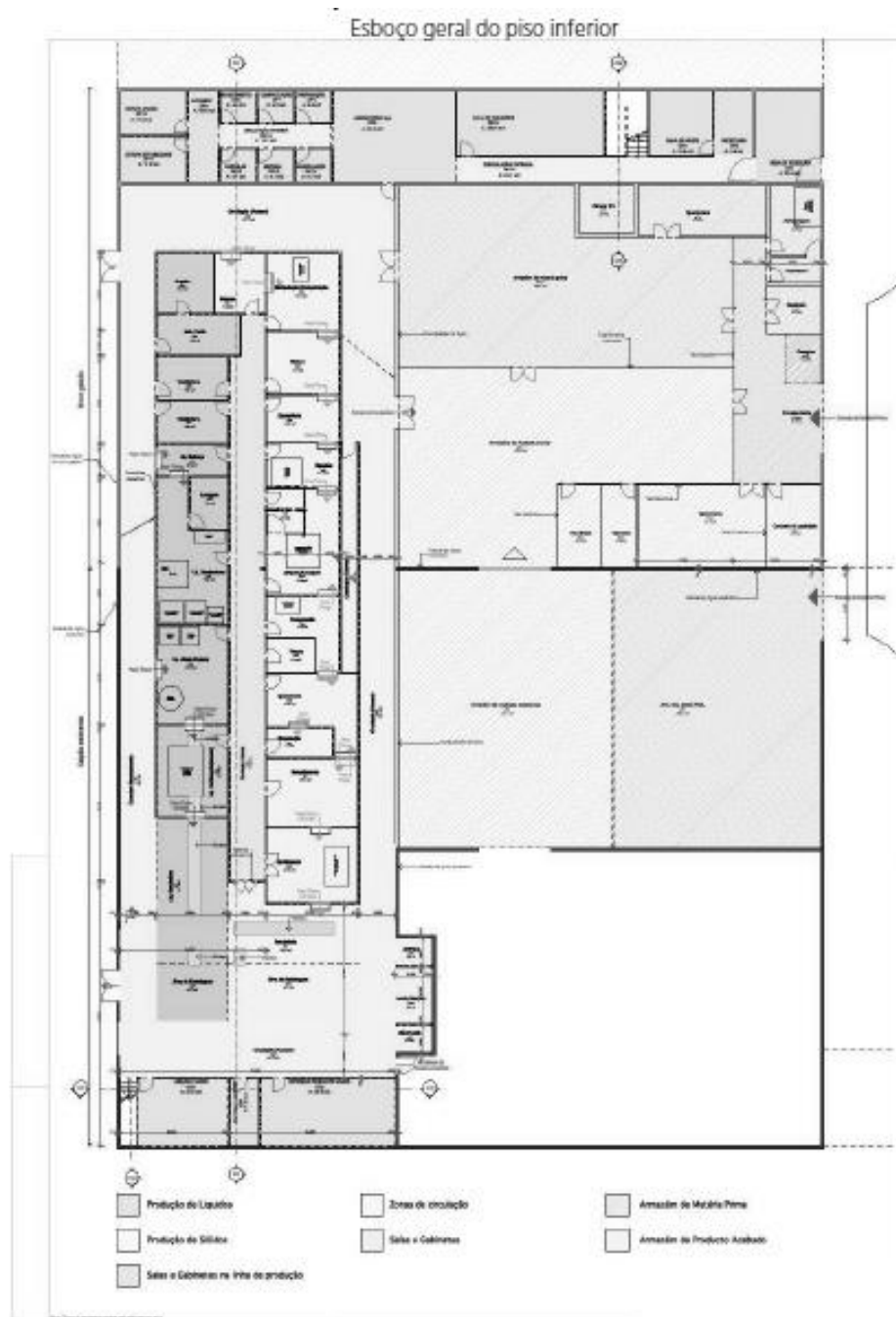
Fonte: Estudo de viabilidade técnico-econômico para instalação de fábrica de medicamentos de medicamentos em Moçambique para produção de medicamentos antirretrovirais e outros – Ministério da Saúde / FIOCRUZ – 2007.

**ANEXO G****ESQUEMA DE PRODUÇÃO DE MEDICAMENTOS**

Fonte: Estudo de viabilidade técnico-econômico para instalação de fábrica de medicamentos em Moçambique para produção de medicamentos antirretrovirais e outros – Ministério da Saúde / FIOCRUZ – 2007.

## ANEXO H

## PLANTA DA ALTERNATIVA A DA FÁBRICA DE MEDICAMENTOS



Fonte: Estudo de viabilidade técnico-econômico para instalação de fábrica de medicamentos de medicamentos em Moçambique para produção de medicamentos antirretrovirais e outros – Ministério da Saúde / FIOCRUZ – 2007.

**ANEXO I****FOTOS DA FÁBRICA****a) Progressos das obras de reabilitação da fábrica – 2011 e 2012.**

Fonte: FIOCRUZ.

**b) Fábrica antes de março de 2012.**

Fonte: FIOCRUZ.

**c) Fábrica após março de 2012.**



Fonte: FIOCRUZ.

**d) Capacitação de funcionários na fábrica**



Fonte: FIOCRUZ.

**e) Fachada da fábrica**



Fonte: FIOCRUZ.

**ANEXO J****FOTOS NEVIRAPINA 200 MG SMM**