

Cooperação Sul-Sul e *Policy Transfer* em Saúde Pública: análise das relações entre Brasil e Moçambique entre 2003 e 2012

South-South Cooperation and Policy Transfer in Public Health: analysis of Brazil-Mozambique relations between 2003 and 2012

Carlos R. S. Milani*
Roberta Nunes Lopes**

Resumo

Com base na literatura sobre *policy transfer*, o artigo analisa as estratégias de cooperação sul-sul do governo brasileiro no campo da saúde pública em Moçambique entre 2003 e 2012. Além da introdução, o artigo se divide em três partes: (i) o debate conceitual sobre *policy transfer*; (ii) a transferência de políticas públicas brasileiras no campo da saúde pública, mais particularmente os projetos brasileiros implementados ou em curso em Moçambique entre 2003 e 2012; (iii) o estudo de caso sobre a fábrica de medicamentos antirretrovirais HIV-AIDS, conhecida como Sociedade Moçambicana de Medicamentos. Ao final, conclui-se que os projetos estudados confirmam parcialmente algumas das hipóteses da literatura especializada sobre *policy transfer* e ratificam o fato de que a cooperação brasileira com Moçambique é fundamentalmente *demand-driven*, não impõe condicionalidades políticas relativas à governança doméstica do país (direitos humanos, reforma do Estado etc.) e tem seus objetivos alinhados com a política externa brasileira, particularmente no que tange ao fortalecimento da ação multilateral do Brasil e de seu *soft power*.

Palavras-chave: Cooperação Sul-Sul, *Policy transfer*, Políticas públicas de saúde, Relações Brasil-Moçambique e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Abstract

Based on the academic literature on policy transfer, this article analyzes South-South cooperation strategies implemented by the Brazilian government in the field of public health in Mozambique between 2003 and 2012. Besides the introduction, the paper is divided into three parts: (i) the conceptual debate on policy transfer; (ii) the transfer of Brazilian public policies in the field of public

* É professor-adjunto do IESP-UERJ, pesquisador 1-D do CNPq e coordenador do LABMUNDO (antena Rio de Janeiro). Email: crsmilani@iesp.uerj.br

** É graduada em Comunicação Social (PUC/RJ) e mestre em Administração pela UNIGRANRIO. Email: robertanuneslopes@gmail.com

health, particularly the on-going or implemented projects in Mozambique; and (iii) the case study on the HIV-AIDS antiretroviral drugs factory, known as “*Sociedade Moçambicana de Medicamentos*”. In the concluding remarks, authors conclude that the projects studied partially confirm some of the assumptions of the policy transfer literature, and reiterate the fact that the Brazilian cooperation strategies with Mozambique are essentially demand-driven, do not impose political conditionalities based on the country’s domestic governance (human rights, democracy, reform of the State, etc.), and have their goals aligned with the Brazilian foreign policy, particularly regarding the strengthening of the country’s multilateral diplomacy and its soft power.

Keywords: South-South Cooperation, Policy Transfer, Health Public Policies, Brazil-Mozambique Relationships, Oswaldo Cruz Foundation (FIOCRUZ).

1 Introdução

O objetivo principal deste artigo é analisar os programas de Cooperação Sul-Sul (CSS)¹ desenvolvidos pelo Brasil em Moçambique na área da saúde pública de 2003 a 2012. Como objetivos secundários destacam-se: (i) entender se o Brasil, como prestador de CSS, aplica empiricamente e como procedimento de sua forma de fazer cooperação algum tipo de condicionalidade política (direitos humanos, democracia, “boa governança”), ferramenta tão comum no seio da Cooperação Norte-Sul (CNS); (ii) perceber se os projetos implementados no período entre 2003 e 2012 foram devidamente concluídos e se deixaram algum legado empiricamente observável em Moçambique; (iii) delimitar qual é a percepção, por parte dos agentes moçambicanos entrevistados, quanto ao perfil do Brasil como prestador de programas de CSS. A pesquisa desenvolvida visou, em geral, a responder à seguinte pergunta central, de natureza eminentemente descritiva: quais foram os projetos desenvolvidos pelo Governo brasileiro em Moçambique no campo da saúde pública entre 2003 e 2012?

Do ponto de vista teórico, escolheu-se o viés do *policy transfer*, por seu rendimento analítico na compreensão do fenômeno da internacionalização das políticas públicas (e seu impacto nas agendas da política externa), suas contradições e desafios tanto para governo quanto para a sociedade civil no plano doméstico brasileiro. É válido mencionar que o setor de políticas públicas também sentiu os efeitos da globalização e muitas políticas consideradas de sucesso, implementadas inicialmente no Brasil, estão sendo difundidas e implantadas internacionalmente por governos de outros países em desenvolvimento que se confrontam com desafios semelhantes de desenvolvimento social. Essa dinâmica de transferência de políticas públicas tem integrado a agenda da política externa brasileira (PEB), haja vista que as atividades de cooperação técnica coordenadas pela Agência Brasileira de Cooperação (ABC), no período em análise, fundamentaram-se em experiências de políticas públicas domésticas nos mais diversos

¹ Neste artigo, circunscreve-se a noção de Cooperação Sul-Sul à modalidade de cooperação que ocorre entre dois países em desenvolvimento, de forma mais horizontal e com base em expertise própria aos desafios do desenvolvimento desses países, por meio de intercâmbio de práticas e políticas públicas, e sem a imposição de condicionalidades políticas.

setores (agricultura, educação, assistência social e desenvolvimento, além do campo da saúde pública).

Para a condução da pesquisa, consultou-se ampla bibliografia a respeito da cooperação internacional para o desenvolvimento (nas suas vertentes de CNOS e CSS) e *policy transfer*, sendo que deste último campo os principais autores estudados e mobilizados foram Richard Rose, David Dolowitz, David March, Mark Evan, Jonathan Davies e Dione Stone. Analisou-se também o papel do Brasil no contexto da CSS e a relevância do tema nas agendas da PEB. Com relação aos projetos brasileiros em desenvolvimento em Moçambique, por existirem pouquíssimas publicações a esse respeito, conduziu-se pesquisa de campo (no Brasil e em Moçambique) e consultaram-se as bases de dados disponíveis da ABC. Por conseguinte, do ponto de vista metodológico, este artigo resulta de uma investigação qualitativa, cujos dados foram coletados por meio de pesquisa bibliográfica e documental, de entrevistas semiestruturadas realizadas nas cidades do Rio de Janeiro, Brasília e Maputo no decorrer de 2012.

Além desta introdução, o artigo apresenta-se em quatro partes: a revisão da literatura sobre *policy transfer*; as transferências de políticas públicas brasileiras no campo da saúde pública em Moçambique, entre 2003 e 2012, citando-se brevemente os dez projetos pesquisados; o estudo de caso sobre a Sociedade Moçambicana de Medicamentos, já que consideramos esse o projeto de maior vulto e importância, principalmente devido à progressão do HIV/SIDA no continente africano; e as considerações finais, onde são retomados alguns dos questionamentos postos à CSS implementada pelo Governo brasileiro, mormente no que diz respeito ao seu desenho institucional e à necessidade de construção de uma política pública de cooperação.

2 *Policy Transfer* como instrumento da cooperação Sul-Sul

As políticas públicas consideradas “boas práticas” por agências internacionais ou organizações não governamentais (ONG) são frequentemente reproduzidas fora de seus contextos originais, podendo a transferência acontecer no nível municipal, estadual/provincial e nacional. Esse tipo de transferência internacional de políticas públicas constitui um dos instrumentos mais usados no âmbito da CSS brasileira, com foco em educação, saúde, desenvolvimento agrícola, gestão pública e assistência social (IPEA 2010 e 2013). Como lembra Rose (1991), os tomadores de decisão podem sempre aprender de suas contrapartes em outros países, por exemplo, a partir das respostas construídas em outros contextos para problemas de gestão pública que sejam semelhantes. Esse fenômeno, também conhecido como “internacionalização de políticas públicas”, pode ser explicado sistemicamente, à luz das relações internacionais e do papel tanto dos Estados e das agências internacionais, quanto das organizações não governamentais nos processos de globalização, intensificação das interdependências, mas também das assimetrias.

No entanto, neste artigo fez-se a opção pelo viés do *policy transfer* (PT), ou transferência de políticas públicas, por permitir analisar atores, interesses e agendas presentes na dimensão

doméstica da CSS brasileira, remetendo, assim, à realidade empírica da transferência, aos debates sobre política externa como política pública, à política burocrática que se estabelece entre agências no âmbito federal e subnacional, à democratização do processo decisório e ao papel do Itamaraty ao longo desse processo (LIMA, 2000; MILANI; PINHEIRO, 2013; FARIA et al., 2013). No campo particular da saúde, deve-se considerar ainda o Ministério da Saúde, agências públicas como a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), o papel dos agentes de saúde e do movimento sanitarista, que historicamente sempre se preocuparam e seguem atentos aos problemas transnacionais de difusão de doenças e métodos de prevenção, tendo igualmente destaque no planejamento estratégico e no desenho de horizontes futuros do campo da saúde (CAMPOS, 2008; FIOCRUZ et al., 2012; TORRONTEGUY; DALLARI, 2012). A Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) também são atores fundamentais nessa agenda política de intercâmbios, interagindo entre os planos local e global (LOYOLA et al., 2010; MAIO et al., 2010; SANTANA, 2011). Ou seja, no campo da saúde, muitos atores situados além dos muros institucionais do Itamaraty têm relevância central nas agendas da CSS e no processo de transferência internacional de políticas públicas.

Na literatura especializada sobre PT encontram-se termos correlatos (*lesson-drawing*, *policy convergence* e *policy diffusion*) que remetem a dimensões e aspectos do mesmo processo. Segundo Dolowitz e March (1996 e 2000), que criticam o fato de haver poucos estudos que olhem para além da descrição da transferência em si, haveria sete questões a serem respondidas como ponto de partida para a explicação do PT (Quadro 1). A primeira questão seria “O que é *policy transfer*?” e, para respondê-la, os autores cunharam a definição hoje entre as mais citadas: “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; MARSH, 1996, p. 344). A segunda seria “Quem transfere as políticas?” e, após analisar a literatura existente, eles destacaram seis categorias de atores: atores oficiais eleitos, burocratas e servidores civis, grupos de pressão, empresários políticos e *experts* e instituições supranacionais. A terceira questão é “Por que ocorre o *policy transfer*?” e, segundo os autores, haveria vários motivos, por eles classificados em três grupos de transferência: voluntária, coercitiva direta e coercitiva indireta. Para a quarta questão, “O que é transferido?”, afirmam que os objetos de transferência são políticas de sucesso, estrutura e conteúdo ou técnicas administrativas, instituições, ideologias, ideias, atitudes, conceitos e lições negativas. À quinta questão “Existem diferentes níveis de transferência?”, os autores respondem: cópia, emulação, hibridização, síntese e inspiração. A sexta questão seria “De onde as lições são aprendidas?”, a que os autores respondem que o primeiro lugar de onde se podem tirar lições seria de dentro do próprio país, muito embora os tomadores de decisão, de fato, possam também se inspirar de experiências internacionais. A sétima e última questão seria “Quais são os problemas existentes na literatura?” e, segundo eles, o PT seria uma variável independente, analisando os impactos positivos e negativos da transferência da política pública.

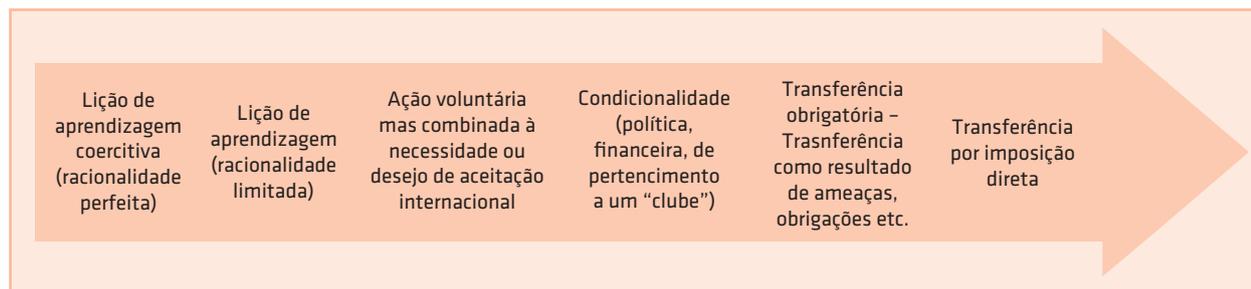
QUADRO 1: O enquadramento do policy transfer (PT)

O ENQUADRAMENTO DO <i>POLICY TRANSFER</i> (PT)		
Por que transferir (e de que forma)?	Voluntária	Lições de Aprendizagem (racionalidade perfeita).
	Mista	Lições de Aprendizagem (racionalidade limitada), pressões internacionais, externalidades, condicionalidades políticas, empréstimos e obrigações.
	Coercitiva	Imposição direta, pressão de grupos e partidos políticos, empresários e especialistas, mas também de organizações internacionais.
Quem está envolvido na transferência?	Funcionários eleitos, burocratas e servidores civis, instituições, ideologias, atitudes e valores culturais, consultores, <i>think tanks</i> , corporações transnacionais e instituições internacionais.	
O que é transferido?	Políticas e programas considerados bem-sucedidos e lições com casos negativos.	
De quem é transferido?	Do passado ao presente	Internamente e globalmente.
	No interior do país	Governos estaduais, municipais e autoridades.
	Entre nações	Organizações internacionais, governos (regionais, estaduais e locais) e relações históricas.
Quais os tipos de transferências?	Cópia, emulação, misto e inspiração.	
Há restrições na transferência?	Complexidade política, cultura política, políticas públicas anteriores e inércia burocrática, viabilidade estrutural e institucional, linguagem.	
Como demonstrar o PT?	Mídia, relatórios (comissionados ou não), conferências, reuniões, visitas e declarações (escritas e verbais).	
Como o PT pode conduzir ao fracasso da política?	Transferência: não uniforme, incompleta ou inapropriada.	

Fonte: DOLOWITZ; MARSH, 2000, p. 9.

Apesar de aqui resumido muito esquematicamente, por razões de espaço disponível, o enquadramento proposto por Dolowitz e Marsh (2000) apresenta notável rendimento analítico para pesquisas empíricas. Ademais, no diálogo entre esse esquema e a contribuição de Rose (1991), é interessante notar que a transferência de políticas públicas também pode ser considerada uma variável dependente interpretada e explicada à luz de um conjunto de variáveis independentes, entre as quais: (i) o pluralismo dos atores envolvidos; (ii) as relações de poder entre atores assimétricos dotados de hierarquias bem definidas; (iii) as visões e os critérios sobre o que seria uma política pública “bem-sucedida”. Visando a construir tipologias de transferências possíveis em função dessas e outras variáveis independentes, Dolowitz e Marsh (2000) propõem a classificação de um conjunto de tipos ideais de transferências voluntárias e coercitivas, todos inseridos no *continuum* político de possibilidades empíricas entre lições de aprendizagem (racionalidade perfeita) e transferências coercitivas (imposição direta), como se apresenta a seguir na Figura 1.

FIGURA 1: Tipos de transferência de políticas públicas



Fonte: DOLOWITZ; MARSH, 2000, p. 13.

Além disso, ainda na literatura sobre PT, Evans e Davies (1999) ressaltam a importância de se analisar como as redes se desenvolvem e participam do processo de transferência. Stone (2004) trata das redes e organizações internacionais, da relação entre Estados e atores não estatais no PT, com vistas a sugerir um olhar sobre a dinâmica de transnacionalização do processo. Ela resalta que, na maioria das vezes, o PT não ocorre envolvendo apenas dois Estados, e que, comumente, as redes transnacionais de transferência aderem ao processo; as organizações internacionais também são veículos importantes: a União Europeia (UE), por exemplo, estimula a união dos Estados-membros em torno de determinadas políticas; a OCDE atua como agente de transferência, disseminando as informações que julga necessárias para fornecer sua visão de desenvolvimento; o Banco Mundial (PEREIRA, 2010) atua como ator político e intelectual na transferência de conhecimentos. As redes globais de políticas públicas são uma ferramenta informal de disseminação de ideias e modelos, constroem consensos, internacionalizam as agendas de atores domésticos e projetam suas filosofias globalmente. Mossberger e Wolman (2003) chamam a atenção para a necessidade de avaliar a política pública antes de ser transferida e de se conduzirem estudos comparativos de PT, aspecto que se torna ainda mais importante quando se pensa em criar tipologias empíricas. Ou seja, a literatura sobre PT permite ao estudioso das estratégias de CSS definir metodologias de pesquisa empírica que ora analisem a transferência de políticas públicas como variável dependente de um contexto (de atores, discursos, poderes), ora a estudem como variável independente que age sobre outras dimensões da CSS (na eficácia da promoção do desenvolvimento, na projeção de poder dos Estados, entre outras).

É evidente que os casos reais de transferência de políticas envolvem tanto elementos voluntários quanto coercitivos, na teia das relações sociais e políticas entre os atores envolvidos, suas visões e hierarquias que ocupam ou representam. A imposição crua e direta no mundo dos Estados e das burocracias estatais ou não governamentais é rara. Como bem ilustra o papel do Itamaraty no caso brasileiro, a diplomacia e a retórica política são instrumentos fundamentais que tendem a revestir a transferência de políticas públicas de diferentes camadas discursivas e simbólicas, gerando distinções entre a CSS e a CNS, buscando definir particularidades da cooperação entre países que enfrentam problemas sociais de desenvolvimento com algum grau de semelhança.

Do mesmo modo, a racionalidade perfeita ou a aprendizagem coercitiva, como chamam Dolowitz e Marsh (2000), tendem igualmente a representar casos empíricos isolados e muito

assimétricos, pressupondo não agência, do lado do Estado que acolhe projetos de cooperação, ou falta de sensibilidade diplomática, do lado do Estado que os oferece. A noção de *continuum* permite buscar nos processos de transferência de políticas públicas as reais zonas cinzentas situadas entre os dois âmbitos extremos, possibilitando, assim, a análise das práticas, o papel dos atores, os discursos e os interesses em jogo. Diante da breve síntese sobre a literatura de PT, como se deu o processo de transferência de políticas públicas de saúde do Brasil para Moçambique entre 2003 e 2012? Que papel tiveram, nos anos analisados, os atores domésticos no Brasil e em Moçambique? Como a empiria desse caso de transferência em particular responde às contribuições teóricas do campo do *policy transfer*, aqui esquematicamente resumidas?

3 A transferência de políticas públicas brasileiras no campo da saúde, particularmente em Moçambique entre 2003 e 2012

A interface entre saúde e cooperação internacional tem despertado o interesse de alguns pesquisadores no Brasil (ALMEIDA et al., 2010; PIRES-ALVES et al., 2008; BUSS; FERREIRA, 2012; LOYOLA et al., 2010; SANTANA, 2011) que reafirmam o fato de que, no âmbito doméstico brasileiro, existe uma preocupação do Ministério da Saúde (MS) em desenvolver mecanismos para conceber, facilitar e implementar ações de cooperação na área de saúde. O Itamaraty nunca foi o principal agente técnico da CSS em matéria de saúde pública, seu papel, reconhecido como muito relevante, tendo sido mais de coordenação diplomática, de representação, de negociação multilateral e de organização de um discurso próprio de política externa no campo da cooperação. De fato, por intermédio da Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde (AISA), criada no âmbito do MS em 1998, o Brasil logrou projetar para além de suas fronteiras resultados do êxito doméstico de sua política de combate contra o vírus do HIV/AIDS. Juntos, o MS e o Itamaraty lograram garantir ao Governo brasileiro vitórias importantes na Organização Mundial do Comércio e na Organização Mundial da Saúde, colocando o debate normativo sobre acesso a medicamentos na perspectiva política dos direitos humanos e não apenas sob a ótica dos mercados e da proteção da propriedade intelectual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A partir de 2003, o braço político da política externa em saúde ganhou ainda mais densidade. A ação mais enfática do Brasil em CSS passou a dar prioridade à projeção de um modelo de saúde pública, com base no Sistema Único de Saúde e na lógica dos direitos, em direção à América do Sul, ao Haiti e à Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP). Secundariamente ganharam expressão na agenda de cooperação outros países africanos, latino-americanos e caribenhos. Em 2009, foi criado do Grupo Temático de Cooperação Internacional em Saúde (GT-CIS), que produziu documentos de referência para a cooperação nesse setor. Segundo o Relatório de Gestão 2010 da AISA, a América Latina e a África eram as regiões que tinham o maior número de projetos de CSS do Brasil, sendo 84 na América Latina (70,5% do total) e 44 na África (29,5%). No caso latino-americano, o Caribe apresentava 18 projetos, ao passo que a América Central e do Sul surgia com 38 projetos, totalizando cerca de 9,2 milhões de dólares EUA. No caso do continente africano, nos países membros da CPLP eram desenvolvidos 29 projetos (66% do número total de projetos para a África), contando com cerca de 30 milhões

de dólares EUA, ou seja, 90% do total do orçamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Segundo a AISA, eram dez os projetos conduzidos pelo Brasil em Moçambique, no período entre 2003 e 2012, na área da saúde – resumidos na Tabela 1, a seguir.

TABELA 1: Projetos de cooperação no campo da saúde entre Brasil e Moçambique (2003-2012)

Título do Projeto	Valores (US\$)	Instituição executora	Instituição financiadora	Situação em dezembro de 2012
1. Estudo de viabilidade técnico-econômico para a instalação de fábrica de medicamentos, em Moçambique, para a produção de medicamentos antirretrovirais e outros.	500.000,00	Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)	Agência Brasileira de Cooperação (ABC)	Assinado em 2005, já concluído
2. Capacitação em produção de medicamentos antirretrovirais.	1.009.208,00	FIOCRUZ	ABC	Assinado em 2008, em execução
3. Apoio aos programas de saúde infantil, reprodutiva e do adolescente – Banco de Leite.	519.080,00	FIOCRUZ e Instituto Fernandes Figueira (IFF)	ABC	Assinado em 2011, em execução
4. Apoio aos programas de saúde infantil, reprodutiva e do adolescente – Núcleo de Tele-saúde, Ensino a Distância e Bibliotecas.	317.200,00	FIOCRUZ e IFF	ABC	Assinado em 2011, em execução
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.	–	FIOCRUZ e IFF	ABC	Em negociação
6. Fortalecimento institucional do órgão regulador de medicamentos de Moçambique como agente regulador do setor farmacêutico.	453.236,00	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	ABC	Assinado em 2008, negociando a 2ª fase
7. Fortalecimento das ações de prevenção e controle do câncer em Moçambique.	394.698,00	Instituto Nacional do Câncer (INCA)	ABC	Assinado em 2010, em execução
8. Apoio ao desenvolvimento de política nacional de saúde oral em Moçambique: pesquisa em saúde bucal na capital Maputo.	329.340,00	Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)	ABC	Assinado em 2010, em execução
9. Apoio ao sistema de atendimento oral de Moçambique: capacitação de técnicos em prótese dentária.	269.050,00	SAS	ABC	Assinado em 2010, em execução
10. Fortalecimento da resposta à epidemia de HIV/SIDA de Moçambique.	1.140.295,00	Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)	ABC e USAID	Assinado em dezembro/2012

Fonte: Documentos oficiais do Ministério da Saúde e entrevistas.

O Projeto 1, o do estudo de viabilidade da fábrica de medicamentos, por ser considerado o de maior vulto e importância – dada a progressão da epidemia do HIV/AIDS em Moçambique e todas as suas drásticas consequências –, será analisado no próximo item deste artigo. Dada a sua relevância e envergadura, gerou outras atividades 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 (sobre o fortalecimento de um órgão regulador de medicamentos em Moçambique) e do projeto 10 (uma cooperação triangular entre Brasil, EUA e Moçambique no campo da AIDS). O Projeto 2, o da capacitação de recursos humanos para a fábrica, justifica-se por ser parte do empreendimento de instalação da fábrica de antirretrovirais e outros equipamentos, tendo o atraso nas suas obras impactado este projeto, 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.

O projeto 3 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 transferência dessa política pública deve-se, entre outros, ao reconhecimento da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (Rede BLH-BR), que coopera com a OMS e recebeu o Prêmio Sasakawa de Saúde de 2001 pelo impacto positivo de suas ações na área da saúde infantil. O Projeto 4, o da implantação do núcleo de Tele-saúde, foi justificado nas entrevistas e nos documentos oficiais com base nos 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 a 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 5, o do fortalecimento das ações de atenção à saúde materna, neonatal e do adolescente, ainda estava em negociação no momento da pesquisa. O que foi apurado é que ele responde a necessidades apontadas pelo Ministério da Saúde moçambicano (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 tem ocupado lugar de destaque na agenda da saúde pública em Moçambique.

O Projeto 6, o da regulação farmacêutica, justifica-se 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 do órgão regulador em Moçambique foi recomendação da OMS para garantir a boa qualidade, a segurança e preços acessíveis dos medicamentos. O MISAU demonstrou interesse para que a ANVISA fosse a agência reguladora de referência. 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.

O Projeto 7, de ações ligadas ao câncer, visa a apoiar o desenvolvimento do sistema de vigilância e informação em câncer; capacitar recursos humanos nas áreas de anatomia, patologia, radioterapia, radiologia, imagem, medicina nuclear, registros de câncer e cuidados paliativos e, por fim, monitorar e avaliar a sua implementação. O Projeto 8, de saúde bucal com especialização em prótese dentária, justifica-se 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. O objetivo principal do projeto 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 MISAU. O Projeto 9, o de saúde bucal e pesquisas, é complementar ao anterior e conta com a presença de técnicos em prótese dentária moçambicanos 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 se previa, no momento da condução das entrevistas, a instalação de um laboratório de prótese dentária na capital Maputo, quando seriam encaminhados técnicos brasileiros para fazer o acompanhamento.

O Projeto 10², estreitamente vinculado aos projetos 1, 2 e 6, uma cooperação triangular entre Brasil e EUA para Moçambique, justifica-se pelas altas taxas de prevalência do HIV entre moçambicanos. Somente 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.

Assim, pode-se observar que, no caso da CSS brasileira em saúde em Moçambique, os projetos são fundamentalmente de cooperação técnica³, mediante transferência de políticas públicas e de práticas de gestão implementadas anteriormente no Brasil, consideradas bem-sucedidas, mas raramente com transferência de fluxos financeiros. Houve consenso entre todos

2 Dentre os dez projetos analisados, este é o único de cooperação triangular, o que possivelmente traria diferenças enriquecedoras à nossa pesquisa, porém, devido ao fato dele ter sido assinado em dezembro de 2012, não tivemos como analisá-lo empiricamente na sua implementação.

3 Este é o tipo de cooperação onde o Brasil (país que oferece cooperação) envia técnicos a Moçambique (país que demanda programas de cooperação) a fim de prestar consultoria técnica, sem que haja transferência de grandes aportes financeiros. A cooperação é realizada por intermédio de profissionais do sistema público, mediante programas de capacitação, transferência de expertise, educação e treinamento de agentes de saúde, mas incluindo, em alguns casos, transferência de sistemas de tecnologia aplicada à saúde pública (laboratório e sistemas de gestão, por exemplo).

os entrevistados⁴ de que os projetos de cooperação são *demand driven*⁵, ou seja, iniciados a partir da demanda moçambicana, com exceção da fábrica de medicamentos antirretrovirais, caso em que se reconhece ter havido boa dose de indução por parte dos parceiros brasileiros. Não existe precisão, porém, sobre o processo decisório do lado moçambicano, ou seja, sobre como se formula essa demanda, sobre o papel dos técnicos e dos políticos moçambicanos no processo decisório. O Brasil é considerado um país flexível na adaptação dos projetos às realidades moçambicanas e teria perfil diferenciado, mais horizontal em comparação com os doadores tradicionais do Norte, sem aplicar condicionalidades políticas (de normas de direitos humanos ou de boa governança), nem impor suas visões acima da percepção moçambicana no campo da saúde pública. Ademais, o Brasil não pretenderia apenas implementar ações isoladas e sim conceber e praticar uma cooperação com impactos de longo prazo (a chamada “cooperação estruturante em saúde”, nos termos da AISA do MS), agregando capacitação e transferência de mecanismos de gestão que permitam estruturar o sistema de saúde em Moçambique. Todos esses aspectos, ressaltados por vários dos entrevistados brasileiros e moçambicanos, assegurariam ao Brasil imagem positiva como ator da CSS no campo da saúde, bem como projeção internacional e fortalecimento de sua diplomacia multilateral.

4 O estudo de caso: a sociedade moçambicana de medicamentos

A ideia do projeto surgiu durante a primeira visita do ex-presidente Lula a Moçambique em 2003, quando ele anunciou a doação ao país africano de uma fábrica de medicamentos antirretrovirais, com transferência de tecnologia brasileira e capacitação para o combate ao HIV/SIDA. O Brasil tinha credenciais reconhecidas internacionalmente para implementar um projeto dessa natureza e nesse setor, uma vez que acumulava experiência no tratamento de soropositivos, em processos de empacotamento e distribuição de medicamentos, na construção de marcos regulatório em matéria de vigilância sanitária e, aspecto internacional importante, seu programa de combate contra o vírus HIV-AIDS havia sido considerado referência pela ONU. Inicialmente, o projeto esteve sob o encargo do Ministério da Saúde e depois foi direcionado à execução da FIOCRUZ. O projeto de construção da fábrica passou a integrar uma ação mais ampla de cooperação em saúde do Brasil com a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), determinado no Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS), assinado em Lisboa em 2009.

Em 2003, o ex-Presidente Lula e o ex-Presidente de Moçambique Joaquim Chissano assinaram em Maputo o protocolo de intenções entre Brasil e Moçambique sobre cooperação científica e tecnológica na área de saúde, com amparo no Acordo Geral de Cooperação entre a

4 Para essa pesquisa foram realizadas entrevistas, no ano de 2012, nas cidades do Rio de Janeiro, Brasília e em Moçambique, tanto com acadêmicos, quanto com membros de instituições governamentais e associações envolvidos na cooperação na área de saúde entre Brasil e Moçambique. Optamos metodologicamente por não revelar nominalmente os entrevistados, já que a maioria deles formulou essa demanda.

5 Um projeto de cooperação “*demand driven*” é aquele onde o país que deseja implementar algum projeto de cooperação em parceria com outro a solicita formalmente ao país que oferece programas na área e setor específicos. Trata-se do princípio geral que organiza a cooperação brasileira, nos termos da própria ABC.

República Federativa do Brasil e a República de Moçambique, já firmado anteriormente, em 1981, e promulgado no Brasil em 1984. As informações preliminares trocadas entre os governos afirmavam que o Brasil doaria todos os equipamentos da fábrica, em um total de US\$ 5 milhões, bem como os medicamentos e a documentação para a fabricação e controle de qualidade dos produtos a serem produzidos. Ao governo de Moçambique caberia a obra de instalação da fábrica, então orçada em aproximadamente US\$ 5,4 milhões.

Entre 2005 e 2007, o Ministério da Saúde e a FIOCRUZ desenvolveram o “Estudo de viabilidade técnico-econômico para instalação de fábrica de medicamentos em Moçambique para produção de medicamentos antirretrovirais e outros”, cujo relatório foi divulgado em março de 2007. De acordo com dados desse estudo, a maior ameaça na área de saúde em Moçambique era o HIV/AIDS: em 2004, a prevalência entre adultos de 15 a 49 anos era de 16,2%. Quanto ao Sistema Nacional de Saúde (SNS) em Moçambique, o estudo de viabilidade informava que era composto, na maior parte, pelo setor público, mas também se constituía de uma parcela do setor privado e de outra do setor associativo de origem estrangeira. Estimava-se que a epidemia do HIV/SIDA teria impacto direto no setor da saúde em Moçambique, sobrecarregando os hospitais e aumentando custos: haveria em torno de 100.000 novos doentes infectados por ano. Ainda de acordo com esse estudo de viabilidade do Ministério da Saúde e da FIOCRUZ, no ano de 2000 o governo de Moçambique estabeleceu o Conselho Nacional de Combate à SIDA (CNCS), com vistas a implementar o Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA.

Segundo os dados mais recentes a que tivemos acesso sobre o HIV/SIDA em Moçambique (INSIDA 2009), 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%. Ademais, o estudo de viabilidade do Ministério da Saúde e da FIOCRUZ estimava que a fábrica teria capacidade de produção de 120 milhões de comprimidos e cápsulas e 6 milhões de frascos com solução pediátrica; que a cobertura de pacientes com comprimidos ou cápsulas seria de 163.400 pacientes adultos e 8.600 crianças com solução líquida. Com relação à localização da fábrica, apresentavam-se duas opções: construir um edifício novo, partindo do zero, ou ampliar prédio já existente, sendo que a segunda opção apresentaria melhor previsibilidade de custos das obras civis e poderia viabilizar a execução do projeto mais rapidamente. Sobre o perfil da fábrica, tanto o Ministério da Saúde quanto a FIOCRUZ, no estudo de viabilidade do projeto, concluíam que também poderia ser utilizada para a produção de outros medicamentos, além dos antirretrovirais e, como resultados esperados, além do tratamento de maior número de doentes a preços menores, estavam a geração de empregos, o desenvolvimento científico e tecnológico e a visibilidade imediata para ambos os países.

Na prática concreta do projeto, muitos pontos não ocorreram exatamente como previa o estudo de viabilidade. Dada a complexidade, foram encontrados muitos obstáculos de distinta natureza (Cooperação Saúde nº 4 2011). Um de nossos entrevistados⁶ afirmou que esses problemas dificultaram o cumprimento do cronograma e a entrega final da fábrica, tendo enumerado as seguintes dificuldades: a administração dos posicionamentos e interesses de múltiplos atores, o fato dos dois países terem culturas organizacionais distintas, os problemas

⁶ Entrevista realizada no Rio de Janeiro, em 17/12/12, com um consultor de assuntos internacionais da FIOCRUZ.

administrativos e burocráticos e a ausência de especialistas em Moçambique para trabalhar na fábrica. Do ponto de vista das práticas da cooperação, ressalte-se que surpreende a alusão por diversos entrevistados a culturas organizacionais distintas (gestão do tempo e dos prazos, visão sobre os resultados). Do lado brasileiro, parecia haver a expectativa de que houvesse menos diferenças, o que revela, em certa medida, desconhecimento de Moçambique e da realidade de seu desenvolvimento. O simples fato de pertencer a uma comunidade de sentido histórico construído (países que falam a mesma língua, que compartilham a experiência colonial) pode ser um elemento facilitador, porém que não elude distintas formas de inserção internacional e de trajetória do desenvolvimento.

Quanto à decisão sobre a localização da fábrica, também segundo um dos entrevistados⁷, em 2009 o governo moçambicano tomou decisão que não fora contemplada nos cenários propostos no estudo de viabilidade. Acabou optando por comprar uma antiga fábrica de soros, pertencente a um Ministro de Estado e situada em Matola, cidade próxima a Maputo, com 20.000 m², dos quais 3.000 m² de área construída. Logo após a compra, de acordo com esse entrevistado, o governo moçambicano afirmou não ter condições de custear as reformas da fábrica por não dispor dos US\$ 5,4 milhões requeridos no orçamento, o que gerou impasse na condução do projeto. Informou também que as negociações e renegociações eram recorrentes; em alguns casos, geraram tensões bastante difíceis de serem superadas. Nesse caso específico da construção da fábrica, depois de muito desgaste e alguns conflitos, a solução encontrada teria vindo do então Presidente Lula, que obteve apoio da Vale do Rio Doce. Esta, que já explorava minério em Moçambique, fez doação de 75% dos custos das obras para inteirar a contrapartida do governo moçambicano. De acordo com outro de nossos entrevistados⁸, foi somente a partir daí que se iniciaram os trabalhos para cumprir o acordo de cooperação: foi feito o *layout* da fábrica, definiu-se o projeto básico, depois o projeto executivo e, finalmente, o esboço do 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 brasileiro com a conclusão do projeto, o que motivou as partes envolvidas a agilizar os entendimentos. As obras foram iniciadas em abril de 2011 e, nessa época, as máquinas doadas pelo governo brasileiro começaram a ser recebidas em Maputo. Também nesse período começou a chegar a equipe encarregada de dar assessoria sobre os padrões internacionais de certificação (COOPERAÇÃO SAÚDE n° 4, 2011).

Outro fato importante que merece destaque é a decisão do governo de Moçambique de incumbir o Instituto de Gestão de Empresas e Participação do Estado (IGEPE) a administração da fábrica, embora coubesse ao Ministério da Saúde Moçambicano (MISAU) tutelar o empreendimento e ter a responsabilidade patrimonial sobre os equipamentos. Essa decisão poderia ter repercussões em potencial processo de privatização da fábrica, uma vez concluído o projeto. Porém, segundo um entrevistado⁹, a soberania nacional sempre fala mais alto como princípio normativo dos projetos de CSS do Brasil, o que significa que, na prática, o governo

7 Entrevista realizada em Moçambique, em 01/10/12, com um diretor da FIOCRUZ.

8 Entrevista realizada em Moçambique, em 10/10/12, com um funcionário da FIOCRUZ em Maputo.

9 Entrevista realizada em Moçambique, em 01/10/12, com o mesmo diretor da FIOCRUZ da nota 7.

moçambicano poderia fazer o que decidir com a fábrica e os equipamentos. Essa atitude criou uma grande reviravolta no projeto, já que foi concebido com uma função social de fornecer medicamentos à sociedade moçambicana, com preços menores e sem quebras de estoque. A intenção original nunca foi de gerar lucros ou de criar um “negócio” no sentido empresarial. 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, outro entrevistado nos esclareceu sobre o tema a partir de perspectiva diferente: embora reconheça que existem diversos interesses públicos e privados em jogo, afirma que o governo do Brasil e os responsáveis da FIOCRUZ, desde o começo do projeto, tentaram fazer o governo moçambicano enxergar a fábrica como um elo estruturante do sistema nacional de saúde. Ou seja, os agentes brasileiros buscam construir convicção em torno da necessidade de manter a Sociedade Moçambicana de Medicamentos no seio do sistema de saúde. Não fica claro se e como os termos do projeto antecipavam o problema, se haveria alguma obrigação, para o governo moçambicano, de que os equipamentos doados por período de tempo específico não poderiam ser vendidos caso ocorresse privatização da fábrica. Este é um aspecto importante em termos de aprendizado para o governo brasileiro.

Em 2012, com apoio da Vale e supervisão da equipe técnica da FIOCRUZ, foi concluída a construção da fábrica. De acordo com um de nossos entrevistados¹⁰, foi um desafio fazer com que o governo moçambicano produzisse respostas rápidas e de qualidade às questões formuladas pelos agentes brasileiros. E o lado brasileiro dependia do governo moçambicano para contratar pessoal, a fim de poder capacitá-los, o que nem sempre foi feito, ou foi realizado com atraso. Desde 2011, planejava-se inaugurar a fábrica em julho de 2012, para que a inauguração coincidissem com a Cúpula da CPLP, contando com a presença da Presidente Dilma Rousseff. Por questões óbvias de visibilidade e marketing político, durante todo esse período, a equipe brasileira pressionou o governo moçambicano para que a equipe fosse contratada. Um dia antes da inauguração, quando o Vice-Presidente brasileiro, Michel Temer, já estava em Moçambique, o governo moçambicano lançou uma nota na imprensa, informando que a inauguração da fábrica não ocorreria porque ainda não estava produzindo medicamentos. O que aconteceria seria apenas a empacotamento de medicamentos trazidos do Brasil, não a produção local e genuína em solo moçambicano. A parte brasileira esclareceu que era preciso fazer inicialmente uma validação do processo, sendo os primeiros passos o envasamento e a rotulagem.

Paralelo a isso, os insumos também já tinham chegado, as máquinas já estavam sendo validadas, mas a fábrica ainda não tinha capacidade, nem pessoal capacitado e competente para monitorar a produção dos medicamentos. Segundo um dos diretores da FIOCRUZ atuando em Maputo, onde foi entrevistado, havia, de um lado, o atraso moçambicano; de outro, o interesse em ganhos simbólicos e políticos do Brasil. Diante do impasse e do conflito de interesses, Moçambique decidiu intitular a cerimônia de “arranque das operações da fábrica”, o que de fato ocorreu em julho de 2012. Como previsto, à ocasião, foi embalada uma quantidade pequena de medicamentos, para efeitos simbólicos e de demonstração. O Brasil foi representado pelo seu Vice-presidente, porém, da parte do Ministério da Saúde de Moçambique, nenhum

¹⁰ Entrevista realizada em Moçambique, em 08/10/12, com um responsável do Ministério da Saúde de Moçambique.

representante de alto nível compareceu ao evento, tendo o país sido representado “apenas” pela governadora da cidade de Maputo. O governo moçambicano argumentava que, se eles chamassem oficialmente a cerimônia de “inauguração”, no mês seguinte teriam de apresentar antirretrovirais para distribuir à população.

Sobre a questão das matérias-primas a serem utilizadas na fábrica, segundo o diretor da FIOCRUZ atuando em Maputo, onde foi entrevistado, elas deveriam proceder do Brasil, mas informou que os principais produtores são a China e a Índia. Portanto, o MISAU deveria abrir licitação para compra de insumos, pois falta aos moçambicanos a capacidade de produção; além disso, o governo deve estabelecer órgão regulador, criar laboratório de qualidade, compradores de matérias-primas, realizar missões de trabalho aos fornecedores na China ou na Índia, definir padrões de qualidade, regras para os editais e mecanismos de gestão. Moçambique também carece de pessoal qualificado na área da saúde: por exemplo, segundo um de nossos entrevistados, haveria somente uma farmacêutica com mestrado e o pessoal técnico é bom, mas sem experiência. Há apenas uma faculdade de farmácia no país, mas que não forma profissionais para a área de produção. Em suma, muitos são os desafios para além da conclusão da fábrica.

Em outubro de 2012, em Maputo, estavam sendo distribuídos folhetos sobre a fábrica e a cooperação entre os dois países. Nestes, a então coordenadora do projeto Lícia de Oliveira respondia às dúvidas mais comuns sobre o projeto. Ela informava que a fábrica, agora denominada Sociedade Moçambicana de Medicamentos (SMM), é uma empresa 100% pública, controlada exclusivamente pelo Estado moçambicano, que tem capacidade para produzir seis antirretrovirais e outros medicamentos. Trabalhando em um único turno de 8 horas, a estimativa seria de 371 milhões de unidades de medicamentos por ano, sendo 226 milhões de ARV e 145 milhões de outros medicamentos. Informava no folheto que a SMM funcionava, naquela ocasião, com 30 pessoas da antiga administração, mas que o governo moçambicano já estaria contratando funcionários, estimados no total de 100 profissionais até o final do projeto. Ela acrescentava que a fábrica poderia produzir medicamentos para a área pública e privada de Moçambique, com possibilidade de exportação de medicamentos para países africanos, principalmente na África Austral. Do ponto de vista organizacional, a SMM contaria 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, Lícia de Oliveira comentava que o governo moçambicano havia elaborado novo desenho institucional para o setor, com a criação anunciada da Direção Nacional de Farmácia.

Outro material a que tivemos acesso foi uma apresentação da SMM feita pela própria FIOCRUZ que informava que a fábrica deveria ser considerada um elemento estratégico no cumprimento da Declaração de Política de Saúde de Moçambique. Apesar de toda a ajuda externa¹¹ que ainda recebe dos principais doadores membros do Comitê de Assistência ao

11 O termo “ajuda externa” é a tradução literal de “foreign aid”, frequentemente empregado em países de língua inglesa para referir-se aos programas oficiais de cooperação, tanto bilaterais quanto multilaterais. No seio do CAD da OCDE, forjou-se o conceito de “ajuda oficial ao desenvolvimento”, que incluiria toda forma de assistência (salvo no setor militar) que gere obrigação de não retorno financeiro de pelo menos 25% do montante total envolvido. Isso se costuma chamar de “concessionalidade”. Se um projeto envolve custos de 100 mil dólares dos EUA, por exemplo, para que seja considerado AOD deve implicar o reembolso máximo de 75 mil, nos termos do CAD da OCDE.

Desenvolvimento (CAD) da OCDE, Moçambique permanece insuficientemente abastecido de medicamentos. Portanto, lembra a apresentação da FIOCRUZ que seria importante a SMM poder desfrutar de prerrogativa de preferência nas compras governamentais a fim de garantir sua sustentabilidade. O retorno sobre o investimento estaria, assim, previsto para acontecer em sete anos, considerando-se apenas as vendas nacionais. Como resultados sociais, seriam esperados o aumento 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 de medicamentos. Informava a apresentação da FIOCRUZ que, a partir de setembro de 2012, a SMM iniciaria a produção de um novo produto a cada dois meses. 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) e entregou os diplomas de conclusão de curso aos cinco técnicos moçambicanos capacitados na Far-Manguinhos/FIOCRUZ. Nessa mesma ocasião, foi divulgada uma lista de 13 dos 21 medicamentos que deveriam ser disponibilizados até 2015 (FIOCRUZ, 2012).

5 Considerações finais

Como lembra Rose (1991), tomadores de decisão de distintos países confrontam-se com dilemas relativos ao desenvolvimento e à formulação de políticas públicas que consideram únicos, mas que na realidade tendem a ser comuns a muitas outras sociedades e realidades econômicas, principalmente quando se consideram os processos de globalização. Caporaso (1997), Hassenteufel (2005) e Schmitter (2009) reafirmam que o fenômeno da globalização – multidimensional (porque não exclusivamente econômico) e contraditório (porque produz aproximações e interdependências, porém também fragmenta e gera novas hierarquias) – tornou-se variável independente dos processos de transferência das políticas públicas e da própria política doméstica em geral. A globalização rearticulou a fronteira entre política doméstica e internacional, também criando mais níveis de correlação e complexidade entre os distintos fatores. Ou seja, hoje não se pode mais negligenciar a variável externa na análise dos fenômenos nacionais e vice-versa. O caso das ações de CSS implementadas pelo Brasil em Moçambique ilustra emblematicamente essa dialética entre o nacional e o internacional, entre a construção de políticas públicas e a sua transferência mediante programas de cooperação técnica.

Retomando as questões básicas do “*policy transfer*”, sintetizadas no Quadro 1, assim como as questões centrais de pesquisa apresentadas na introdução, pode-se afirmar que os dez projetos aqui apresentados baseiam-se em políticas públicas brasileiras que obtiveram graus diferenciados de êxito e capacidade de minoração dos problemas na área da saúde pública no Brasil, inclusive o projeto número 10 (Tabela 1) de cooperação triangular entre Brasil, EUA e Moçambique. Alguns deles, a exemplo dos projetos de saúde bucal, banco de leite, saúde materna e neonatal, saúde do adolescente e prevenção do câncer, têm sido integrados em agendas de organizações internacionais (OPAS e OMS) e, portanto, circulado globalmente entre elites e burocracias governamentais e intergovernamentais.

Com relação aos atores envolvidos na transferência dessas políticas, os projetos estudados revelam que funcionários e agentes de saúde de ambos os países, bem como ministros, diplomatas e responsáveis políticos de alto nível, tiveram papel central no desenrolar do processo. Institucionalmente, na perspectiva brasileira, a FIOCRUZ se destacou, da mesma forma que a liderança política do ex-presidente Lula. O que foi transferido pelo Brasil a Moçambique foram práticas e políticas de saúde consideradas bem sucedidas no campo do HIV/AIDS, de acordo com as necessidades de adaptação dos métodos e procedimentos às realidades locais. Dialogando com as perguntas formuladas por Dolowitz e Marsh (1996), pode-se dizer que houve inspiração nas políticas públicas inicialmente aplicadas no Brasil. O processo foi facilitado, inegavelmente, pelo fato de que ambos os países falam a mesma língua, além de terem laços históricos e culturais que, embora intangíveis, na prática produziram melhor interação entre os profissionais dos dois países.

Já em relação aos obstáculos encontrados, a questão das dificuldades orçamentárias de ambos os países, os ritmos de trabalho e gestão do tempo, mas sobretudo a fragilidade das instituições (mais em Moçambique, mas também no Brasil) puseram em xeque, em alguns momentos, a crença em que os resultados seriam obtidos. Ao longo da pesquisa, identificamos a presença de algumas das críticas que vêm sendo formuladas às práticas emergentes da CSS do Brasil (e de outros países em desenvolvimento). Podem ser lembradas, *inter alia*, as seguintes limitações: (i) forte déficit de institucionalização dos critérios e métodos de avaliação pela ABC, parcialmente compensados, no caso estudado da SMM, pela atuação da FIOCRUZ, que apresenta ampla experiência em pesquisa epidemiológica, avaliação quantitativa e monitoramento qualitativo de seus projetos; (ii) a ausência de um quadro de profissionais atuantes que sejam capacitados e especializados em temas próprios da cooperação – problema este que, uma vez mais, foi amenizado pela forte capacidade técnica dos quadros da FIOCRUZ e pelos investimentos recentes que a instituição tem feito no setor de formação em saúde pública, inclusive com um curso de Mestrado Profissional em Saúde Global; (iii) a falta de um leque de opções de projetos, estruturados pela ABC em torno de uma oferta do governo brasileiro a seus potenciais países-parceiros. Do lado moçambicano, o histórico da “ajuda externa” e a presença ainda marcante da Cooperação Norte-Sul produziram dinâmicas perversas nas práticas governamentais ainda vigentes, a exemplo da prestação de contas que se tornou ferramenta constante no diálogo dos agentes públicos moçambicanos com os doadores tradicionais, mas que raramente acontece na relação com o Parlamento e as organizações da sociedade civil.

Além disso, a pesquisa confirmou o perfil do Brasil no universo da CSS: sua característica principal não é de fazer aporte financeiro e sim projetos de cooperação técnica pautados em suas próprias políticas nacionais consideradas “*best practices*”. É evidente que o sentido de “melhores práticas” deve ser problematizado à luz dos critérios, impactos e efetiva mudança na qualidade de vida nos contextos em que as políticas são implementadas. Isso não impede, que, no caso do Brasil, alguns entrevistados tenham ressaltado o que talvez seja um modo muito singular de cooperar, fruto das próprias particularidades da realidade brasileira: a CSS brasileira é majoritariamente implementada por servidores públicos e técnicos que têm “*expertise*” setorial

(educação, saúde, agricultura, cultura etc.) e que, de fato, têm conhecimento acumulado em políticas e práticas no âmbito doméstico. Existem vários atores institucionais envolvidos e os programas que são compartilhados com outros países são resultados de conquistas sociais e do engajamento da sociedade civil e de movimentos sociais. No caso da saúde pública, boa parte do corpo técnico de capacitação da FIOCRUZ teve envolvimento com a luta por direitos no setor da saúde, no âmbito do processo de redemocratização, a exemplo do movimento sanitário. Esse perfil politicamente mais engajado dos técnicos e agentes envolvidos na CSS em saúde pode ser considerado uma particularidade do caso brasileiro.

Finalmente, podemos lembrar como singularidade da cooperação “à brasileira” a ênfase em duas regiões (América Latina e África) com as quais o Brasil, sua sociedade, sua cultura e identidade, sua geografia, mas também sua economia, guardam laços historicamente construídos de fundamental relevância para a inserção internacional do país. A cooperação para o desenvolvimento integra a política externa brasileira, é um instrumento de *soft power*, mas também é uma relação social, cultural e política entre países e sociedades distintas. Disso resulta a necessidade de construção de uma política pública de cooperação, profissionalizada e rigorosa na implementação de suas agendas. A cooperação é um campo político que, na ausência de planejamento, diplomacia e profissionalismo, pode gerar efeitos negativos inesperados, fricções e tensões importantes nas relações com países-parceiros.

Do ponto de vista das instituições brasileiras, a pesquisa evidenciou a importância de sistematizar informações, avaliar resultados e difundi-los (transparência), para que se possibilite controle social e democrático das ações do governo (“*accountability*”) no caminho a ser trilhado de uma política pública de CSS. Os avanços institucionais e burocráticos atuais esbarram na inexistência de um marco regulatório da CSS, que possibilite eficazmente a internacionalização das políticas públicas de saúde, mas também de funções e recursos claramente definidos para a ABC. No entanto, há que se lembrar que o aprendizado com as lições da história da cooperação são fundamentais na construção dessa nova política (MILANI, 2012). Evitar a repetição dos erros do passado parece-nos uma condição *sine qua non* da política pública de CSS ainda em construção: não exportar modelos, evitar visões etnocêntricas de desenvolvimento, integrar a percepção do “Outro” africano e latino-americano no ciclo da política, monitorar e criar medidas compensatórias para as externalidades negativas geradas pela internacionalização das empresas brasileiras, assegurar coordenação entre as esferas institucionais brasileiras e interlocução sistemática com as autoridades locais, assim como seguir trabalhando na capacitação local dos atores envolvidos, seja nas esferas de governo, seja no seio das agências locais ou das instituições que agem como interlocutores ou agentes de mudança na gestão e implementação de projetos. Tais seriam alguns dos desafios políticos que também se apresentam como elementos da agenda futura de pesquisas sobre o tema da CSS brasileira, no campo da saúde e em outros setores.

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, Celia; CAMPOS, R. P. ; BUSS, P. ; FERREIRA, J. R.; FONSECA, L. E. 2010. A concepção brasileira de cooperação Sul-Sul estruturante em saúde. *RECIIS Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde* (Edição em português online), Vol. 4, p. 25-35.
- BUSS, Paulo M.; FERREIRA, J. R. 2012. Brasil e Saúde Global. In Leticia Pinheiro e Carlos R. S. Milani (orgs.). *Política Externa Brasileira: as práticas da política e a política das práticas*. Rio de Janeiro: FGV, p. 241-265.
- CAMPOS, André L. V. 2008. Cooperação internacional em saúde: o serviços especial de saúde pública e seu programa de enfermagem. *Ciência e Saúde Coletiva*, Vol. 13, n. 3, p. 880-888.
- CAPORASO, James. 1997. Across de the Great Divide: Integrating Comparative and International Politics. *International Studies Quarterly*, Vol. 41, n. 4, p. 563-591.
- COOPERAÇÃO SAÚDE N° 4. 2011. Boletim de Atuação Internacional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- DOLOWITZ, David P. ; MARSH, David. 2000. Learn from abroad: the role of policy transfer in contemporary policy-making. *International Journal of Policy Administration*, Vol. 13, nº 1, p. 5-24.
- DOLOWITZ, David P. ; MARSH, David. 1996. Who learns what from whom: a review of the policy transfer literature. *Political Studies Association*, XLIV, p. 343-357.
- EVANS, Mark; DAVIES, Jonathan. 1999. Understanding policy transfer: a multi-level, multi-disciplinary perspective. *Public Administration*, Vol. 77, nº 2, p. 361-385.
- FARIA, Carlos A. P. ; BELÉM LOPES, D. ; CASARÕES, G. 2013. Itamaraty on the Move: Institutional and Political Change in Brazilian Foreign Service under Lula da Silva's Presidency (2003-2010). *Bulletin of Latin American Research*, Vol. 32, n. 4, pp. 468-482.
- FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. 2012. Disponível em: <<http://fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=4985&sid=9>>, acesso em 27 dez. 2012.
- FIOCRUZ; IPEA; Ministério da Saúde; Secretaria de Assuntos Estratégicos (Presidência da República). 2012. *A Saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, IPEA, Ministério da Saúde, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República.
- HASSENTEUFEL, Patrick. 2005. De la comparaison internationale à la comparaison transnationale: les déplacements de la construction d'objets comparatifs en matière de politiques publiques. *Revue française de science politique*, Vol. 55, n. 1, p. 113-132.
- INSIDA. 2009. Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informações sobre o HIV e SIDA em Moçambique. Maputo: Ministério da Saúde de Moçambique.
- IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). 2010. *Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional: 2005-2009*. Brasília: IPEA/ABC.
- IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). 2013. *Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional: 2010*. Brasília: IPEA/ABC.

LIMA, Maria Regina Soares de. 2000. Instituições Democráticas e Política Exterior. *Contexto Internacional*, Vol. 22, n. 2, p. 265-303.

LOYOLA, Maria A.; CORRÊA, Marilena C. D. V.; GUIMARÃES, Eduardo R. B. 2010. Cooperação internacional na área da Saúde Coletiva: propostas para um debate. *Ciência e Saúde Coletiva*, Vol. 15, n. 4, p. 2007-2020.

MAIO, Marcos C.; PIRES-ALVES, Fernando A.; PAIVA, Carlos H. A.; MAGALHÃES, Rodrigo C. S. 2010. Cooperação internacional e políticas de ação afirmativa: o papel da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 26, n. 7, p. 1273-1291.

MILANI, Carlos R. S. 2012. Aprendendo com a história: críticas à experiência da Cooperação Norte-Sul e atuais desafios à Cooperação Sul-Sul. *Caderno CRH (UFBA)*, v. 25, n. 65, p. 211-231.

MILANI, Carlos R. S. ; PINHEIRO, Leticia. 2013. Política externa brasileira: os desafios de sua caracterização como política pública. *Contexto Internacional (PUC-RJ)*, v. 35, n. 1, p. 11-41.

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

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

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

PEREIRA, João M. 2010. *O Banco Mundial como ator político, intelectual e financeiro 1944-2008*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

PIRES-ALVES, Fernando; PAIVA, C. H. A.; HOCHMAN, G. 2008. História, saúde e seus trabalhadores: da agenda internacional às políticas brasileiras. *Ciência e Saúde Coletiva (online)*, Vol. 13, n. 3, p. 819-929.

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

SANTANA, José P. 2009. Um Olhar sobre a Cooperação Sul-Sul em Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Vol. 16, n. 6, p. 33-61.

SCHMITTER, Phillippe C. 2009. The nature and future of comparative politics. *European Political Science Review*, Vol. 1, nº 1, p. 33-61.

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

TORRONTEGUY, Marco Aurélio A.; DALLARI, Sueli G. 2012. O papel das organizações não-governamentais na cooperação internacional em saúde pública. *Saúde e Sociedade*, Vol. 21, n. 2, p. 314-322.

Recebido em: 23 maio 2014

Aprovado em: 30 out. 2014