

Andrea Von Rakowitsch Siqueira Tillmann

**Brasil e Senegal: A Experiência Brasileira no Primeiro Projeto de  
Cooperação Sul-Sul em Doença Falciforme**



Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais  
Porto, 2021



Andrea Von Rakowitsch Siqueira Tillmann

**Brasil e Senegal: A Experiência Brasileira no Primeiro Projeto de  
Cooperação Sul-Sul em Doença Falciforme**



Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais  
Porto, 2021

Andrea Von Rakowitsch Siqueira Tillmann

**Brasil e Senegal: A Experiência Brasileira no Primeiro Projeto de  
Cooperação Sul-Sul em Doença Falciforme**

Assinatura: \_\_\_\_\_

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Ação Humanitária, Cooperação e Desenvolvimento, sob a orientação do Professor Álvaro Campelo.

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2021

## RESUMO

Este trabalho tem por objetivo analisar um projeto de cooperação técnica Sul-Sul entre Brasil e Senegal, em doença falciforme. O projeto será analisado sob duas vertentes: base conceitual e base metodológica. A base conceitual se apoia nos princípios da cooperação Sul-Sul, como horizontalidade, ausência de interesses e transparência. Já a base metodológica se fundamenta no *Manual de Gestão da Cooperação Sul-Sul* utilizado pela Agência Brasileira de Cooperação (ABC), órgão responsável pela elaboração e execução desse projeto. Por meio da análise dos princípios da cooperação Sul-Sul brasileira e da metodologia utilizada pela ABC na elaboração desse projeto, a dissertação verifica se as bases conceitual e metodológica foram verdadeiramente utilizadas. Para tanto, apresenta-se um histórico da cooperação técnica internacional fazendo um paralelo com a cooperação técnica brasileira até se alcançar a cooperação Sul-Sul, que moldou a elaboração deste trabalho sobre doença falciforme. A ABC, ligada ao Ministério das Relações Exteriores, é o principal agente de cooperação Sul-Sul do governo brasileiro e esteve à frente desse projeto desde a sua elaboração até o encerramento. Dessa forma, apresentam-se todos os passos para a elaboração de projetos de cooperação técnica Sul-Sul da ABC, bem como a estruturação da CSS brasileira, além dos conceitos como saúde global, governança da saúde e diplomacia da saúde, os quais ajudaram a moldar o papel da saúde na política externa brasileira. O amadurecimento desses conceitos e o fortalecimento das estruturas político-administrativas brasileiras, como a ABC, o Ministério das Relações Exteriores e o próprio Ministério da Saúde – principal difusor da cooperação técnica em saúde –, culminaram com a significativa *expertise* brasileira em compartilhar práticas exitosas em doença falciforme com outros países, a exemplo do Senegal, país escolhido como estudo de caso desta dissertação.

**Palavras-chave:** Cooperação Sul-Sul; Agência Brasileira de Cooperação; Cooperação Técnica Internacional.

## **ABSTRACT**

This work aims to analyze a South-South technical cooperation project between Brazil and Senegal in sickle cell disease. The project will be analyzed from two perspectives: conceptual and methodological basis. The conceptual basis is contained in the principles of South-South cooperation, such as horizontality, absence of interests and transparency. The methodological basis is provided in the *Manual of the South-South Cooperation Management* used by the Brazilian Cooperation Agency (ABC), the institution responsible for the preparation and execution of this project. Through the analysis of the principles of Brazilian South-South cooperation and the methodology used by ABC for the elaboration of this project, the dissertation verifies whether the conceptual and methodological bases were truly used. To achieve this end, a history of international technical cooperation is presented, making a parallel with Brazilian technical cooperation until reaching South-South cooperation, which shaped the elaboration of this work on sickle cell disease. ABC, an agency linked to the Ministry of Foreign Affairs, is the main South-South cooperation agent of the Brazilian government and was at the forefront of this project from its development to its closure. In this way, all the steps for the elaboration of ABC South-South technical cooperation projects are presented, as well as the structuring of the Brazilian CSS, in addition to concepts such as global health, health governance and health diplomacy, which helped to shape the role of health in Brazilian foreign policy. The maturing of these concepts and the strengthening of Brazilian political and administrative structures, such as ABC, the Ministry of Foreign Affairs and the Ministry of Health itself – the main diffuser of technical cooperation in health –, culminated in the significant Brazilian expertise in sharing successful practices in sickle cell disease with other countries, such as Senegal, the country chosen as a case study for this dissertation.

**Keywords:** South-South Cooperation; Brazilian Cooperation Agency; International Technical Cooperation.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha mãe, Wera, por todo o apoio incondicional à minha trajetória acadêmica. Ela é minha referência de coragem, determinação, resiliência e fortaleza. Agradeço à minha filha, Daniela, que, quando iniciei essa jornada do Mestrado, tinha apenas 4 anos de idade. Ela é minha inspiração diária para me tornar um ser humano melhor. É por ela que pretendo deixar um mundo mais solidário, mais humanizado e sustentável.

Agradeço ao professor Álvaro Campelo as orientações, correções e discussões que tivemos ao longo desse trabalho.

Agradeço ao coordenador da Agência Brasileira de Cooperação, Sr. Nelci Caixeta, pelas entrevistas livres e pelos bate-papos a respeito da cooperação técnica Sul-Sul brasileira. Há dois anos trabalho sob sua coordenação e há dois anos me sinto diariamente inspirada a fazer um trabalho significativo dentro da cooperação Sul-Sul.

Agradeço ao meu companheiro de vida, Cristiano, a paciência, o cuidado, a atenção e o carinho que sempre teve comigo e com nossa filha.

## SUMÁRIO

RESUMO .....	v
ABSTRACT .....	vi
AGRADECIMENTOS .....	vii
SUMÁRIO.....	viii
LISTA DE FIGURAS .....	ix
LISTA DE QUADROS .....	x
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xi
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
1.1 Cooperação Sul-Sul .....	1
1.2 Objetivo do Trabalho.....	2
1.3 Metodologia.....	3
1.4 Doença Falciforme .....	4
<b>CAPÍTULO II – COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL .....</b>	<b>7</b>
2.1 Cooperação Sul-Sul (CSS) .....	12
2.1.1 Cooperação Técnica Brasileira.....	20
2.1.2 Agência Brasileira de Cooperação .....	23
2.2 Cooperação Sul-Sul (CSS) Brasileira.....	27
2.3 Modalidades da Cooperação Técnica Sul-Sul Brasileira .....	30
<b>CAPÍTULO III – COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL EM SAÚDE .....</b>	<b>31</b>
3.1 Diplomacia em Saúde e Governança da Saúde .....	34
3.2 Saúde e Política Externa Brasileira .....	37
3.3 Cooperação Técnica Brasileira em Saúde .....	41
3.4 Doença Falciforme: Definição e Origem.....	46
<b>CAPÍTULO IV – ESTUDO DE CASO: SENEGAL .....</b>	<b>50</b>
4.1 Antecedentes.....	51
4.2 Projeto de Cooperação Técnica com o Senegal – Base Conceitual .....	56
4.3 Projeto de Cooperação Técnica com o Senegal – Base Metodológica.....	62
4.3.1 Elaboração da Estrutura Lógica.....	64
<b>CAPÍTULO IV – CONCLUSÃO .....</b>	<b>72</b>
Referências .....	77



## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Principais sintomas da doença falciforme.....	47
Figura 2 – Mapa de Senegal .....	50
Figura 3 – Fases do processo de elaboração de projetos de cooperação técnica Sul-Sul64	

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Os 10 princípios da Conferência de Bandung .....	13
Quadro 2 – Quadro comparativo entre a Cooperação Norte-Sul e a Cooperação Sul-Sul .....	17
Quadro 3 – Dados gerais sobre o Senegal .....	56

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABC	Agência Brasileira de Comunicação
AISA	Assessoria Internacional do Ministério
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BNDE	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico
CGAA	Coordenação-Geral de África e Ásia
CID	Cooperação Internacional para o Desenvolvimento
CMBEU	Comissão Mista Brasil-Estados Unidos para o Desenvolvimento Econômico
CNAT	Comissão Nacional da Assistência Técnica
CNS	Cooperação Norte-Sul
CSS	Cooperação Sul-Sul
CTI	Cooperação Técnica Internacional
CTPD	Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento
DF	Doença Falciforme
EMBRAPA	Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
FAO	Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNASA	Fundação Nacional da Saúde
Hb	Hemoglobina
IBAS	Fórum de Diálogo entre Índia, Brasil e África do Sul
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INPI	Instituto Nacional de Propriedade Industrial
IPPMG	Instituto de Pediatria Martagão Gesteira
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MNOAL	Movimento dos Países Não Alinhados
MRE	Ministério das Relações Exteriores
MS	Ministério da Saúde
NOEI	Nova Ordem Econômica Internacional
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OIT	Organização Internacional do Trabalho

OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
ONUDI	Organização das Nações Unidas para o Desenvolvimento Industrial
PABA	Plano de Ação de Buenos Aires
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PN-DST/AIDS	Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmitidas e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SUS	Sistema Único de Saúde
TELEBRAS	Telecomunicações Brasileiras S. A.
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNASUL	União de Nações Sul-Americanas
UNCTAD	Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para a População

## **INTRODUÇÃO**

### **1.1 Cooperação Sul-Sul**

A cooperação Sul-Sul (CSS) é uma modalidade da cooperação internacional na qual dois ou mais países trabalham em conjunto para alcançar o desenvolvimento de capacidades por meio de intercâmbio de conhecimentos, de acordo com a Agência Brasileira de Cooperação (ABC) (Brasil, 2013b). Sua principal característica incide no compartilhamento de capacidades especializadas e experiências exitosas entre os países, numa relação mais horizontal, solidária e integral do que a clássica cooperação “Norte-Sul”. A CSS brasileira é uma via de mão dupla, na qual o Brasil transfere conhecimento e ganha aperfeiçoamento de suas técnicas. Com passar dos anos, a CSS se tornou uma importante ferramenta na cooperação internacional e de relação diplomática para projeção de prestígio dos países.

A Agência Brasileira de Cooperação (ABC), ligada ao Ministério da Relações Exteriores (MRE), é o principal meio difusor da cooperação internacional brasileira. A ABC tem a função de negociar, coordenar, implementar e acompanhar os programas e projetos brasileiros de cooperação técnica na área da saúde, com base nos acordos firmados pelo Brasil com outros países e organismos internacionais (Brasil, 2013a). E uma das áreas nas quais a cooperação internacional brasileira, por meio da ABC, tem avançado de forma substantiva é a da saúde.

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil, por sua própria especialização, é o principal parceiro da ABC nos projetos de cooperação técnica Sul-Sul, na área da saúde. A competência do MS é compartilhada por outros segmentos governamentais, em ações bem planejadas, cuja execução requer inteligência e coordenação. No tocante à saúde, a aproximação com a África ocorreu concomitantemente a um esforço de fortalecimento mútuo das relações entre a ABC e o Ministério da Saúde, culminando na assinatura, em 2005, de um Protocolo de Intenções entre os dois Ministérios. De acordo com os estudos de Santana (2011: p. 2997), o protocolo tinha por objetivo “(...) aperfeiçoar a coordenação entre o MRE e o MS em matéria de cooperação técnica prestada a países em

desenvolvimento”, como preconiza o *Protocolo de Intenções entre o Ministério das Relações Exteriores e Ministério da Saúde* (Brasil, 2005).

O aumento da relação entre o MRE e o MS contribuiu para o fortalecimento do campo “Diplomacia da Saúde”, no Brasil, como expressão de política externa e tema de crescente interesse do governo e da academia. Diplomacia da Saúde refere-se ao conjunto de negociações desenvolvidas em diversos níveis, que delinea e gerencia o ambiente das políticas globais em saúde. Idealmente, a diplomacia da saúde produz melhores resultados para a saúde da população mundial (atendendo, assim, a interesses nacionais), incrementa as relações entre Estados e reforça o compromisso de um amplo arco de atores em prol do empreendimento comum de assegurar a saúde como direito humano e bem público (Kickbusch & Berger, 2007).

A cooperação, certamente, começa em casa. A boa experiência em causa própria está na sua essência; sem isso não teria legitimidade para ser ofertada a outros países. Também não pode basear-se somente na oferta – precisa de aceitação e demanda. No delicado terreno da saúde, talvez mais do que em outros, os cuidados exigidos são extremos, tanto da parte do país que oferta a cooperação quanto daquele que a solicita. Além disso, o jogo da diplomacia é sempre complexo. Envolve boas relações e respeito mútuo. E, naturalmente, quem oferta, em princípio, tem domínio na matéria ofertada.

## **1.2 Objetivo do Trabalho**

Este trabalho tem por objetivo analisar um projeto de cooperação técnica Sul-Sul entre Brasil e Senegal em doença falciforme, uma vez que o Brasil possui *expertise* em matéria de doença falciforme (DF) e adotou o princípio do direito à vida como a base do tratamento dessa doença. E, nesse sentido, o Brasil levou para a cooperação internacional essa postura na abordagem da doença falciforme. Essa atitude de utilização de políticas públicas voltadas para tratar a doença e melhorar as condições de vida das pessoas do grupo populacional por ela atingido tem dado resultados positivos. O fato de estar dando certo, internamente, assegura o seu compartilhamento com outras nações que vivenciam

uma realidade parecida. E é essa a base da cooperação Sul-Sul em doença falciforme: compartilhar experiências exitosas internas com nações que tenham realidades semelhantes.

Diante do exposto, procurou-se verificar: (i) como a CSS e a ABC atuam nessa área; (ii) se os objetivos do projeto de cooperação técnica Sul-Sul entre Brasil e Senegal foram alcançados; e (iii) se foram atendidas tanto a base conceitual quanto a base metodológica do projeto.

### **1.3 Metodologia**

A metodologia de pesquisa tem caráter exploratório e apresenta uma abordagem qualitativa, com análise bibliográfica. Exploratório, porque o estudo visa obter uma visão geral do tema proposto – que é analisar um projeto de cooperação técnica Sul-Sul entre Brasil e Senegal, em doença falciforme –, e, de acordo com Gil (2007: p. 41), “Pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato”. Pode envolver levantamento bibliográfico e entrevistas com pessoas experientes no problema pesquisado. Já a pesquisa de abordagem qualitativa, segundo Minayo (2001: p. 21) trabalha com:

(...) o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A análise bibliográfica da pesquisa requereu também vários materiais de sítios eletrônicos, pois, conforme preconiza Fonseca (2002: p. 32):

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas (...). Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém, pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta.

Entretanto, apesar de não ter sido usada a metodologia de “trabalho de campo”, o estudo tem também técnicas de pesquisa-ação, uma vez que parte da sua elaboração decorre da experiência de campo da autora desta dissertação, como analista de projetos no Senegal, e como parte integrante da ABC. Thiollent (2007) aborda a aplicação da pesquisa-ação nos campos da educação, comunicação e organizações, apresentando esse modelo conceitual como pertinente à

(...) faixa intermediária entre o que é geralmente designado como nível microssocial (indivíduos, pequenos grupos) e o que é considerado como nível macrossocial (sociedade, movimentos e entidades de âmbito nacional ou internacional) (p. 10).

Para esse autor, uma das características da pesquisa-ação é que o objeto de pesquisa não é constituído por indivíduos, e sim por uma situação social e pelos problemas de diferentes naturezas percebidos nessa situação, como é o caso da saúde e, mais especificamente, no tema deste estudo, a doença falciforme. Em âmbito macrossocial, o estudo foi feito a partir das observações pessoais da autora em missões à África e da sua experiência como parte integrante da ABC. Além disso, também se utilizou de entrevistas livres com o Sr. Nelci Caixeta, que é o responsável pela Coordenação-Geral de África e Ásia e Oceania, da ABC, e esteve à frente do projeto com o Senegal durante sua elaboração e execução.

Entretanto, cabe ressaltar que a pesquisa se utilizou desses métodos descritos, mas fundamentou sua análise no *Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul* (Brasil, 2013).

#### **1.4 Doença Falciforme**

A doença falciforme é uma das doenças hereditárias mais comuns no mundo. No Brasil nascem, em média, 3 mil crianças com DF, por ano. A incidência está em torno de 1:1.000 dos nascidos vivos com a doença; e 1:35 dos nascidos vivos com o traço<sup>1</sup>. No caso da África – o principal alvo da política de cooperação em doença falciforme – a

---

<sup>1</sup> 1:1000, leia-se: a cada mil crianças que nascem no Brasil, uma possui o traço falciforme; 1:35, leia-se: a cada 35 crianças brasileiras, uma carrega o traço falciforme (Brasil, 2012: p. 21).



incidência é ainda maior do que no Brasil. Estima-se que nasçam, por ano, em todo o continente Africano, em torno de 500 mil crianças vivas com a doença<sup>2</sup>.

O Brasil já desenvolveu projetos de cooperação internacional em doença falciforme com os países: Senegal, Guiné-Bissau, Angola, Gana e Benim. O Senegal foi o primeiro país com o qual o Brasil fez acordo de cooperação técnica em doença falciforme e, justamente por ser o pioneiro, o projeto com o Senegal foi bastante desafiador. Outros desafios no âmbito da cooperação internacional em doença falciforme surgiram, em razão das diferenças de concepção da oferta de serviços de saúde, de planejamento familiar, de questões de âmbito religioso e outros a serem levados em conta.

Tendo em vista o exposto, essa dissertação visa analisar o projeto de cooperação técnica Sul-Sul entre Brasil e Senegal, na área da doença falciforme, elaborado em 2009. O que se pretende é avaliar esse projeto sob a ótica da cooperação Sul-Sul desenvolvida pela ABC, que tem como base o *Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul* para a elaboração dos seus projetos. Esse Manual é fundamentado na literatura técnica contemporânea sobre metodologias de gestão da cooperação para o desenvolvimento, bem na como aplicação dos princípios e práticas da CSS adotados pelo Brasil (Brasil, 2013).

Pretende-se analisar se esse projeto, que foi elaborado pela ABC, seguiu as orientações padronizadas do Manual, tanto na base conceitual da cooperação Sul-Sul brasileira quanto em termos metodológicos. A partir dessa análise, será possível comparar a metodologia utilizada para a elaboração de projetos, em 2009, com a metodologia de projetos utilizada pela ABC, atualmente.

Para se chegar até essa verificação, serão descritos, primeiramente, no Capítulo II, o histórico da cooperação técnica internacional, seus mecanismos para auxiliar no desenvolvimento de países e as primeiras iniciativas de estruturação. A seguir, será apresentado o conceito da cooperação Sul-Sul e suas premissas, uma vez que a cooperação técnica prestada pelo Brasil está centrada no fortalecimento institucional de

---

<sup>2</sup> Dados extraídos da *Sickle Cells Foundation* (2010), conforme a publicação *A Experiência brasileira na África: História de um Esforço de Cooperação 2006-2010* (Brasil, 2012: p. 22).

parceiros, condição fundamental para que a transferência e a absorção dos conhecimentos sejam efetivadas. O Brasil não se manteve alheio ao cenário da evolução da cooperação internacional e acompanhou sua evolução. Desse modo, é relevante apresentar o histórico da cooperação técnica brasileira para, finalmente, detalhar o trabalho da Agência Brasileira de Cooperação (ABC), cuja criação foi um marco histórico fundamental da cooperação técnica internacional.

No Capítulo III, por meio da revisão da literatura acadêmica, serão apresentados os principais conceitos de saúde global e diplomacia em saúde e a crescente inserção do tema saúde na dinâmica da política externa. Todos esses conceitos serão apresentados sob a égide da cooperação técnica internacional em saúde, e essas definições e análises servirão de base para o diálogo entre saúde e política externa. Dessa forma, pretende-se mostrar que, apesar de os países estarem em diferentes estágios de evolução nessa área, o tema da saúde é parte integrante das políticas externas no mundo contemporâneo, o que exige a elaboração de uma abordagem teórica capaz de lidar com sua complexidade.

E, finalmente, no Capítulo IV será analisado o projeto de cooperação técnica Sul-Sul entre Brasil e Senegal em doença falciforme, propriamente dito, que será analisado sob duas vertentes: base conceitual e base metodológica. Necessariamente, será apresentado um histórico do surgimento dessa cooperação entre Brasil e Senegal e serão detalhados os antecedentes que levaram à assinatura do projeto com o país senegalês.

## CAPÍTULO II – COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL

Segundo o dicionário Aurélio da língua portuguesa (Ferreira, 1989), cooperar é agir com o outro ou interagir tendo em vista a realização de um fim comum. Para a sociologia<sup>3</sup>, cooperar é um processo social em que dois ou mais indivíduos ou grupos atuam em conjunto para a consecução de um objetivo comum. A cooperação é, portanto, um requisito essencial e indispensável para a manutenção e a continuidade dos grupos e das sociedades.

Aprofundando um pouco mais o campo da sociologia, para Durkheim<sup>4</sup> existe um maior contato entre os membros nas sociedades capitalistas, o que leva ao desenvolvimento de uma solidariedade mecânica. Nesse tipo de sociedade, as pessoas se juntam em prol de um objetivo comum, pois em comunidade há uma maior união entre os indivíduos. As sociedades capitalistas são compostas por diversos mecanismos internos, e o conjunto desses mecanismos coesos constitui a solidariedade orgânica (cada indivíduo, dependendo do trabalho de outrem, está organicamente ligado ao todo social).

Embora cooperar seja o equivalente a trabalhar em conjunto por um objetivo em comum, no campo internacional a cooperação entre os países nem sempre significa alcançar um mesmo objetivo. De acordo com Axelrod e Keohane (1985), cooperação internacional não significa harmonia entre governos diferentes. Dependendo dos interesses de cada país, as diferenças de governos tomam parte tanto em disputas quanto em trabalhos conjuntos. Em termos práticos, há entre os atores cooperantes não só interesses em comum, mas também há os divergentes. Ainda, segundo os autores, na cooperação não há qualquer componente de moralidade, pelo contrário, pois o que os

---

<sup>3</sup> Não é interesse desta pesquisa caracterizar de maneira excessiva o campo da sociologia, mas relacioná-la ao conceito de cooperação internacional, objeto de estudo deste capítulo.

<sup>4</sup> Émile Durkheim foi um psicólogo e sociólogo francês, considerado o fundador da sociologia, com Karl Marx e Max Weber. Durkheim dedicou seus estudos a elaborar uma ciência que possibilitasse o entendimento dos comportamentos coletivos e foi o primeiro a criar um método sociológico que distinguiu a sociologia das demais ciências humanas. Ribeiro, P. S. Émile Durkheim: os tipos de solidariedade social. *Brasil Escola*. [Em linha]. Disponível em <<https://brasilecola.uol.com.br/sociologia/Emile-durkheim-os-tipos-solidariedade-social.htm>>. [Consultado em 20/12/2020].

países buscam com essa prática, muitas vezes, é alcançar um objetivo egoísta. Um exemplo seria a ação conjunta para a realização de uma guerra.

É fato que a humanidade sempre cooperou. E a vida em sociedade só existe por causa dessa cooperação. Vivemos em sociedade, portanto, a cooperação dos indivíduos, como sociedade, sempre existiu. Entretanto, de acordo com Abreu (2013), a promoção de ações de cooperação técnica internacional (CTI) é bem mais recente, pois teve início no século passado, mais precisamente no momento da criação da Liga das Nações<sup>5</sup>, em 1919. Para Almeida (2013), o primeiro conceito de cooperação técnica internacional, formalmente reconhecido e vigente até hoje, foi estabelecido pela Resolução n.º 200 da Assembleia Geral da ONU, em 1948<sup>6</sup>, definida pelo portal da Agência Brasileira de Cooperação do Ministério das Relações Exteriores<sup>7</sup> como

(...) a transferência, em caráter não comercial, de técnicas e conhecimentos, mediante a execução de projetos a serem desenvolvidos em conjunto entre atores de nível desigual de desenvolvimento, envolvendo peritos, treinamento de pessoal, material bibliográfico, equipamentos, estudos e pesquisas.

Para que possa existir qualquer iniciativa de cooperação técnica entre os países é necessário que haja um marco jurídico (Acordo, Ajuste, Convênio) firmado entre os governos, seja bilateral ou multilateralmente; ou entre governos e outras organizações, nacionais ou internacionais, supraestatais, governamentais. Ao firmar esses acordos, os governos dos países, ou outros órgãos designados por eles, se tornam aptos a operacionalizar projetos que envolvam duas ou mais instituições executoras dos países, sendo um o receptor e o outro, o prestador (Almeida, 2013). De acordo com Oliveira e Luvizotto (2011), um exercício de conceituação da cooperação internacional permite classificá-la em uma escala evolutiva, a saber: a) cooperação internacional vertical; b)

---

<sup>5</sup> A Liga das Nações foi uma organização internacional criada em abril de 1919, na qual as potências vencedoras da Primeira Guerra Mundial se reuniram para negociar um acordo de paz (Abreu, 2013).

<sup>6</sup> [Em linha]. Disponível em <<https://obs.org.br/cooperacao/conteudo/79-tecnica>>. [Consultado em 25/11/2020].

<sup>7</sup> [Em linha]. Disponível em <<http://www.abc.gov.br/CooperacaoTecnica/Historico>>. [Consultado em 25/11/2020].

cooperação técnica *tout court*<sup>8</sup>; c) cooperação internacional horizontal; d) cooperação internacional descentralizada<sup>9</sup>.

A cooperação internacional vertical surgiu em 1919, com criação da Liga das Nações, quando se cogitou o uso da cooperação entre países como instrumento de manutenção da paz e da segurança. No entanto, somente depois da Segunda Guerra Mundial a cooperação entre os países saiu do papel e, de fato, foram criadas ações concretas no que diz respeito à cooperação entre os países (Abreu, 2013). Portanto, a cooperação internacional vertical começou, na prática, depois do fim da Segunda Guerra Mundial, com a intenção de reconstruir os países afetados pelo conflito e garantir a estabilidade do sistema internacional. Esse tipo de cooperação foi pautado num caráter assistencialista e consistia na transferência vertical de conhecimentos e técnicas de países desenvolvidos aos países menos desenvolvidos, pressupondo-se um caráter de subalternidade. Ademais, é possível constatar que essa forma de cooperação nunca foi imparcial, uma vez que sempre esteve vinculada a objetivos nacionais específicos dos países desenvolvidos, principalmente no período da Guerra Fria<sup>10</sup>. Embora a cooperação internacional vertical ainda exista, ela é fervorosamente negada pelos países desenvolvidos. Isso ocorre porque o seu caráter assistencialista é condenado mundialmente por não contribuir para a geração de condutas autônomas nos países menos desenvolvidos (Oliveira & Luvizotto, 2011).

Segundo Oliveira (2013), o Primeiro Programa de Cooperação Técnica Bilateral dos Estados Unidos para os países menos desenvolvidos, pautado em aspectos assistencialistas, foi colocado em prática pela ONU, em 1949. O objetivo era utilizar a

---

<sup>8</sup> O termo francês *tout court* significa: sem mais, só isto; sem haver nada a acrescentar; simplesmente; somente. Cooperação Técnica *Tout Court* pressupõe a participação dos países em desenvolvimento (aos quais se destinam as políticas de cooperação) no processo de implementação dos projetos, de acordo com Milando (2005).

<sup>9</sup> A cooperação internacional descentralizada não foi objeto de estudo desta dissertação, pois o foco foi a cooperação Sul-Sul. Entretanto, somente a título de conceito, a cooperação internacional descentralizada é um mecanismo de intercâmbio de conhecimentos e de recursos econômicos, materiais e humanos entre países, com o objetivo de fomentar o desenvolvimento.

<sup>10</sup> A Guerra Fria (1947-1991) foi marcada pelo constante confronto entre as duas superpotências que emergiram da Segunda Guerra Mundial, os Estados Unidos da América (EUA) e a então União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) ou, simplesmente, União Soviética, e dominou o cenário internacional na segunda metade do Século XX. De acordo com Hobsbawm (1995: p. 224), “Gerações inteiras se criaram à sombra de batalhas nucleares globais que, acreditava-se firmemente, podiam estourar a qualquer momento, e devastar a humanidade”.

Cooperação Técnica Internacional para fins econômicos ou ideológicos, em detrimento da cooperação. Esse programa foi anunciado pelo Presidente Harry Truman e ficou conhecido como o “Ponto IV”, porque a assistência técnica seria o quarto ponto de sustentação da política externa norte-americana. Portanto, as estratégias adotadas privilegiavam ações de “ajuda” e “assistência” voltadas para os efeitos da pobreza, sem considerar a geração de condutas autônomas nos países menos desenvolvidos. Dessa forma, é possível deduzir que as primeiras ações formalizadas de CTI surgiram com um caráter ideário estratégico de cunho assistencialista, as quais sempre induziram a uma condição de inferioridade entre as partes.

Essa primeira fase de cooperação – caracterizada por uma ambiguidade entre a ajuda para aliviar os efeitos da pobreza e a capacitação para o desenvolvimento – persistiu durante os anos 50; e, com o passar do tempo, essa postura gerou estranhamento por parte dos países menos desenvolvidos.

Em linhas gerais, o caráter assistencialista, pautado na transferência vertical de conhecimentos e técnicas dos países avançados aos países menos desenvolvidos, apesar de ter gerado entidades muito eficazes, também estabelecia uma situação de subalternidade entre as partes envolvidas. Segundo Oliveira e Luvizotto (2011), essa característica passou a ser condenada pela comunidade internacional, gerando críticas aos seus resultados.

Como resultado dos impactos negativos da cooperação vertical, iniciou-se um novo tipo de cooperação, a cooperação técnica *tout court*. Considera-se que esse tipo de cooperação foi um avanço em relação à anterior, pois, de receptores passivos, os países em vias de desenvolvimento passaram a ser agentes ativos do processo cooperativo, sendo capazes de acumular experiência para a solução dos seus problemas locais (Oliveira & Luvizotto, 2011).

Conforme o portal da Agência Brasileira de Cooperação (ABC) do Ministério das Relações Exteriores (Brasil, n.d.), em 1959, a Assembleia Geral da ONU aprovou a Resolução n.º 1.383, que revisou o conceito de “assistência técnica” e o substituiu por “cooperação técnica”. Dessa forma, a cooperação entre os países passou a ser vista como uma cooperação mais igualitária, com relação de troca e de interesses mútuos. Portanto,

os países em via de desenvolvimento passaram a ser tratados como parceiros no processo de solução de seus problemas. O envolvimento constante de peritos estrangeiros foi substituído por consultores de curto prazo, e os países em desenvolvimento saíram do caráter de “receptores” de assistência técnica para agentes do processo de cooperação técnica (Oliveira & Luvizotto, 2011). Alguns autores, como Milani (2017), analisam essa mudança de conceito não apenas em termos linguísticos e afirmam que a opção pela CTI realmente representava um enfoque distinto que englobaria o direito ao desenvolvimento de nações africanas, asiáticas e latino-americanas.

É importante ressaltar que alguns países doadores da América do Norte e da Europa criaram, nos anos 1960, as suas próprias agências de cooperação para o desenvolvimento. Segundo Milani (2017), houve uma clara divisão de tarefas – das quais cabiam às Organizações Internacionais, tais como a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) – a assistência técnica e ajuda orçamentária, enquanto às agências de cooperação cabia a função de gerir projetos. Do ponto de vista ideológico, a agenda das Organizações Internacionais relacionava temas como direitos humanos, descolonização e desenvolvimento. O mundo vivia num contexto de Guerra Fria e era necessário se contrapor às bandeiras comunistas e revolucionárias do campo soviético.

Nos anos 1970, um novo conceito de cooperação internacional surgiu: a cooperação internacional horizontal, que nasceu diante do enorme acúmulo de experiências positivas entre os países em desenvolvimento passíveis de serem transferidas para outros países com realidades semelhantes. Em outras palavras, países com histórico, cultura e economia semelhantes iniciaram uma troca de experiências que pudessem ser mutuamente vantajosas e compartilhadas. Dessa forma, a cooperação técnica internacional passou a ser um instrumento auxiliar de promoção do desenvolvimento nacional e um mecanismo utilizado entre os países em desenvolvimento para que iniciassem a cooperação técnica propriamente dita entre eles. A cooperação mundial deixou de ser exclusivamente Norte-Sul, passando a incorporar características horizontais.

Esse terceiro tipo – que é a cooperação internacional horizontal, também denominada de cooperação Sul-Sul (CSS) – será detalhado posteriormente, diante da sua relevância para este trabalho.

## 2.1 Cooperação Sul-Sul (CSS)

Segundo o *Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul* (p. 13), a cooperação técnica Sul-Sul é:

(...) o intercâmbio horizontal de conhecimentos e experiências originados nos países em desenvolvimento cooperantes. A ideia é compartilhar lições aprendidas e práticas exitosas disponíveis no Brasil, geradas e testadas para o enfrentamento de desafios similares ao desenvolvimento socioeconômico.

Essa modalidade de cooperação é usada por países, organismos internacionais, instituições parceiras e sociedade civil para compartilharem conhecimentos mútuos e iniciativas de sucesso entre os países do Sul global. No Brasil, a modalidade de cooperação Sul-Sul é relativamente recente, de pouco mais de três décadas, e passou a ser implementada a partir da criação da Agência Brasileira de Cooperação (ABC), em 1987.

Historicamente falando, os antecedentes da cooperação Sul-Sul situam-se nos meados do século XX e têm como marco a “Conferência de Bandung”<sup>11</sup>, realizada de 18 a 24 de abril de 1955, na Indonésia. Segundo Almeida (2013), o objetivo da Conferência de Bandung era fortalecer o “Terceiro Mundo” visando à promoção da cooperação econômica e cultural afro-asiática, ao mesmo tempo que fazia frente ao que, na época, se percebia como atitude neocolonialista das duas grandes potências, Estados Unidos e União Soviética. A maioria dos países participantes da conferência vinha da amarga

---

<sup>11</sup> Trinta e dois países participaram da Conferência, sendo 15 países da Ásia (Afeganistão, Birmânia, Camboja, Ceilão, República Popular da China, Filipinas, Índia, Indonésia, Japão, Laos, Nepal, Paquistão, República Democrática do Vietnã, Vietnã do Sul, e Tailândia), nove países do Oriente Médio (Arábia Saudita, Egito, Iêmen, Irã, Iraque, Jordânia, Líbano, Síria e Turquia) e cinco da África (Costa do Ouro – atual Gana –, Etiópia, Líbia, Libéria e Sudão). A maior parte do continente Africano ainda era colônia da Europa e, portanto, houve pequena participação dos países africanos. Os países participantes representavam uma população de 1,350 bilhão de habitantes. O Japão foi o único país industrializado a participar da Conferência” (Almeida, 2013: p. 256).



experiência da colonização, experimentando o domínio econômico, político e social, sendo os habitantes locais submetidos à discriminação racial existente em sua própria terra, parte da política europeia de domínio. A Conferência de Bandung teve como destaque as negociações e as alianças entre os países do Terceiro Mundo e foi um marco no início das relações de cooperação Sul-Sul entre os países do “Sul-global”<sup>12</sup>.

Depois da Conferência de Bandung, foram acordados dez princípios norteadores que ainda hoje podem ser considerados o guia orientador da CSS, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Os 10 princípios da Conferência de Bandung

1. Respeito pelos direitos fundamentais, de acordo com a Carta da ONU.
2. Respeito à soberania e à integridade territorial de todas as nações.
3. Reconhecimento da igualdade de todas as raças e nações, grandes e pequenas.
4. Não intervenção e não interferência aos assuntos internos de outro país.
5. Respeito pelo direito de cada nação de defender-se, de acordo com a Carta da ONU.
6. Recusa na participação de defesa coletiva destinada a servir aos interesses particulares das superpotências.
7. Abstenção à ameaça e à agressão contra a integridade territorial e a independência política de outro país.
8. Solução de todos os conflitos internacionais por meios pacíficos, de acordo com a Carta da ONU.
9. Promoção dos interesses mútuos e de cooperação.
10. Respeito pela justiça e pelas obrigações internacionais.

Fonte: Conferência Afro-Asiática de Bandung, Indonésia (1955).

A partir de Bandung, as elites dos países em desenvolvimento, com características semelhantes, avançaram em termos de cooperação política. Pode-se considerar que um grupo de jovens nações buscava uma autonomia e caminhos alternativos para sua inserção no cenário internacional, num mundo polarizado pela Guerra Fria. Segundo Pino (2014), a conferência fez surgir uma nova identidade dos países do Sul global com interesses em comum, fundando a “solidariedade dos povos do Sul”.

---

<sup>12</sup> Entende-se por “Sul global” o grupo de países localizados, majoritariamente, no Hemisfério Sul do planeta, bem como a outros localizados no hemisfério Norte, que possuem indicadores de desenvolvimento médios e baixos e que possuam características semelhantes, embora existam diferentes níveis de desenvolvimento, mesmo entre esse grupo de países (Pino, 2014).

Pode-se inferir que o “espírito de Bandung” extrapolou a esfera dos países afro-asiáticos participantes da conferência e alcançou os países latino-americanos. A agenda da CSS foi ampliada para o eixo econômico, ultrapassando a esfera político-teórica até então alcançada depois da Conferência de Bandung. Numa ordem cronológica da década de 1960, foram estabelecidas as bases para a CSS e aclarados os conceitos e os procedimentos. Na década de 1970, foi proposta a configuração da Nova Ordem Econômica Internacional (Noei)<sup>13</sup>. E, na década de 80, os fluxos de comércio e os investimentos Sul-Sul aumentaram, tendo sido aprovada, em 1986, a resolução do Direito ao Desenvolvimento (Pino, 214).

Em 1964, no contexto das Nações Unidas, foi criada a Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento (UNCTAD)<sup>14</sup>, para apoiar os países em desenvolvimento a alcançarem uma melhor e mais eficiente integração na economia global. Sua criação fez surgir outro organismo-chave para a CSS, o Grupo dos 77 (G77)<sup>15</sup>. Portanto, pode-se concluir que a UNCTAD e o G77 contribuíram para o avanço da institucionalização da CSS; ambos se concentraram mais numa agenda econômica do Sul do que nos temas políticos. Embora a UNCTAD e o G77 sejam considerados marcos na oficialização da CSS, eles tiveram um êxito relativo. Isso se deu em virtude da pouca adaptabilidade quanto às mudanças na economia globalizada, ao surgimento da Organização Mundial do Comércio (OMC), paralelamente ao declínio da UNCTAD e à agenda protecionista incapaz de enfrentar a agenda liberal (Pino, 2014).

---

<sup>13</sup> Em 1974, a Assembleia-Geral da ONU aprovou um documento que consagrava formalmente a “Nova Ordem Econômica Internacional” (Noei). Esse documento representava um quadro de direitos e deveres favoráveis aos interesses do que, na época, se designava por “Terceiro Mundo”. O objetivo era reduzir a dependência desses países em relação aos países do “Primeiro Mundo” (Trindade, 1984).

<sup>14</sup> Segundo o portal Gov.br do Ministério das Relações Exteriores, “A Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento (UNCTAD) foi instituída pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1964, para ser o ponto focal do Sistema ONU dedicado ao tratamento integrado das questões de comércio e desenvolvimento e de temas conexos, como finanças, tecnologia, investimentos e empreendedorismo. É o órgão das Nações Unidas com mandato específico para tratar da relação entre comércio internacional e desenvolvimento. Sua legitimidade se confirma pela participação tanto de países desenvolvidos, quanto de países em desenvolvimento em seus trabalhos” (Brasil, 2020 [Em linha]).

<sup>15</sup> O Grupo dos 77, composto por países em desenvolvimento, visa promover os interesses econômicos coletivos e criar uma maior capacidade de negociação conjunta nas Nações Unidas. Inicialmente, o G77 era composto por 77 membros, mas a organização se expandiu e atualmente 134 nações fazem parte desse grupo, sendo que a Guiana atuou no exercício da presidência em 2020. O G77 foi fundado em 15 de junho de 1964, pela “Declaração Conjunta dos Setenta e Sete Países”, emitida na UNCTAD, segundo Yana Marull (Folha de São Paulo, 2004 [Em linha]).

Outro movimento relevante que surgiu entre os países do Sul, em 1961, na Conferência de Belgrado, logo depois de Bandung – que ocorreu em 1955 – foi o Movimento dos Países Não Alinhados (MNOAL). Inicialmente com 25 países-membros, africanos e asiáticos, o MNOAL já agregava 47 países-membros e 11 observadores latino-americanos, em 1964. Embora o MNOAL tivesse cunho político, o movimento foi responsável por gerar um conceito novo entre os países do Sul, o conceito de autossuficiência coletiva – ou seja, os países do Sul deveriam ter uma consciência das suas responsabilidades internas e externas de modo a gerar maior independência, ao invés de esperar a ajuda dos países do Norte (Pino, 2014). Nos anos seguintes, os países latino-americanos também aderiram a esses princípios, o que fez surgir um movimento ideológico, a Teoria da Dependência<sup>16</sup>. Em linhas gerais, o desenvolvimento dos países do Norte fez gerar relações de exploração e dependência econômica, pois enquanto esses produziam tecnologias, os países do Sul focavam os produtos primários que tinham preços reduzidos. Para a Cooperação Sul-Sul, tanto a Teoria da Dependência quanto o princípio da autossuficiência coletiva influenciaram o aumento de trocas e de cooperação entre os países do Sul. “Além disso, incentivaram uma maior busca por processos de desenvolvimento próprios e internos, a partir de um melhor controle de recursos naturais e investimentos em ciência e tecnologia (Politize!, 2019 [Em linha]).

Para Pino (2014), a década de 1970 é considerada um marco da CSS. Fatores externos, como o colapso do sistema Bretton Woods<sup>17</sup>, o dinamismo das diferentes teorias de dependência e a descolonização afro-asiática impulsionaram os países do Sul a fortalecer as suas demandas. E diante do acúmulo de experiências positivas que os países em desenvolvimento foram adquirindo, a cooperação Sul-Sul passou a tomar espaço no cenário mundial. A cooperação deixou o seu caráter Norte-Sul e passou a incorporar características horizontais. E, nesse contexto, as Nações Unidas fomentaram o conceito

---

<sup>16</sup> “A rigor, não existe uma teoria da dependência, mas simplesmente a dependência dentro do sistema internacional de relações de força e poder” (Machado, 1999). Existe uma relação de subordinação entre os países no sistema capitalista. Por um lado, há as economias “centrais” que são os países da Europa. E por outro, as economias “periféricas”, que são os países da América Latina, África e Ásia. Os países da economia periférica foram colônias dos países centrais. Sendo assim, apresentaram um desenvolvimento tardio. Portanto, segundo Machado (1999), o que se pretendeu chamar de teoria da dependência é, na verdade, uma obviedade histórica ou uma tentativa de nova versão do modelo neocolonial.

<sup>17</sup> “O Acordo de Bretton Woods durou até de agosto de 1971. O fim do acordo foi determinado de forma unilateral pelos EUA e representou o colapso do sistema de Bretton Woods, do padrão-ouro. Assim, o dólar tornou-se uma moeda fiduciária. Em outras palavras, a moeda americana se tornou um título não conversível, que não é lastreado por nenhum metal (como ouro ou prata) e não tem nenhum valor intrínseco” (Portal Mais Retorno, 2019 [Em linha]).

de “cooperação técnica entre países em desenvolvimento (CTPD)”, em contraponto à “cooperação Norte-Sul” (Milani, 2013). Assim, foi estabelecida, em 1974, a Unidade Especial de Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento, ligada ao Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), que se tornou o ponto focal da CSS no âmbito do sistema de organização, ao promover, gerir e coordenar essa cooperação.

Em 1978, foi realizada a Conferência da ONU sobre Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento. A Conferência<sup>18</sup>, celebrada em Buenos Aires, foi responsável pela adoção do grande marco da CSS, o Plano de Ação de Buenos Aires (Paba)<sup>19</sup>, que estruturou os princípios sobre os quais a cooperação entre países em desenvolvimento tem se desenvolvido ao longo das últimas décadas. O Paba consagrou o novo conceito de cooperação técnica baseado na horizontalidade e no intercâmbio de informações e perícia entre países em desenvolvimento, em áreas como saúde, educação e agricultura. Desde então, 12 de setembro é a data em que a ONU comemora o Dia Internacional da Cooperação Sul-Sul.

O Paba é considerado uma referência de novas estratégias de cooperação técnica internacional (CTI) e aponta fundamentos de uma nova ordem econômica internacional. O texto original do documento destaca o papel da cooperação entre países na nova ordem econômica internacional (Oliveira, 2013: p. 41):

En esta histórica nueva etapa de la marcha hacia el logro del nuevo orden económico internacional, la cooperación entre los países en desarrollo (CTPD) adquiere una dimensión de importancia crítica. Es un medio para crear la comunicación y fomentar una cooperación más amplia y efectiva entre los países en desarrollo. Es una fuerza decisiva para iniciar, diseñar, organizar y fomentar la cooperación entre los países en desarrollo a fin de que puedan crear, adquirir, adaptar, transferir y compartir conocimientos y experiencias en beneficio mutuo, y para lograr la autosuficiencia nacional y colectiva, lo cual es esencial para su desarrollo social y económico.

Sendo o Paba um marco na Cooperação Sul-Sul, é possível fazer um quadro comparativo entre os tipos de cooperação existentes até então: a Cooperação Norte-Sul e a Cooperação Sul-Sul.

---

<sup>18</sup> “Na Conferência de Buenos Aires, da qual participaram 138 países e 45 ministros, 41 vice-ministros e 81 diretores de departamentos de cooperação e planejamento, forjou-se um dos momentos-chave da CSS” (Ipea, 2014, p. 155).

<sup>19</sup> *Plan de Acción de Buenos Aires*. (1978) [Em linha]. Disponível em <[http://www.iri.edu.ar/publicaciones\\_iri/manual/Doc.%20Manual/Listos%20para%20subir/Cooperacion/sur-sur/plan\\_accion\\_buenos\\_%20aires.pdf](http://www.iri.edu.ar/publicaciones_iri/manual/Doc.%20Manual/Listos%20para%20subir/Cooperacion/sur-sur/plan_accion_buenos_%20aires.pdf)>. [Consultado em 22/10/2020].

Quadro 2 – Quadro comparativo entre a Cooperação Norte-Sul e a Cooperação Sul-Sul

	Cooperação Norte-Sul	Cooperação Sul-Sul
<b>Marco geopolítico de surgimento</b>	Guerra Fria (1940-50s) – Etapa de bipolarismo rígido	Guerra Fria (1960s) – Etapa de bipolarismo flexível
<b>Lógica do surgimento</b>	Disputas Leste-Oeste	Terceiro-mundista – “Consciência do Sul”
<b>Definição adotada</b>	Ajuda Oficial ao Desenvolvimento – Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE, 1969)	Sem consenso, mas prevalece a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD)
<b>Composição majoritária</b>	Subvenções	Assistência Técnica
<b>Atores que promovem</b>	Países desenvolvidos do Comitê de Ajuda ao Desenvolvimento (CAD)-OCDE	Países em desenvolvimento, principais emergentes
<b>Média do volume anual (2008-2016)</b>	US\$ 86,893.81 milhões de dólares ao ano	Não é mensurada em volume de dinheiro doado
<b>Agenda política</b>	Manutenção da ordem internacional	Reforma da ordem internacional e do sistema econômico mundial

Fonte: Politize! (2019). [Em linha]. Disponível em <[www.politize.com.br/cooperacao-sul-sul-para-o-desenvolvimento-independencia-ou-complementariedade/](http://www.politize.com.br/cooperacao-sul-sul-para-o-desenvolvimento-independencia-ou-complementariedade/)>. [Consultado em 20/12/2020].

Em linhas gerais, durante a década de 1980 e início da década de 1990, a CSS enfraqueceu. Vários motivos levaram a esse enfraquecimento, dentre esses a crise da dívida e o ajuste macroeconômico, que dificultaram financeiramente os países em desenvolvimento, que, apesar das vontades políticas, não tinham força suficiente para fomentar a cooperação. Com o aumento de crises econômicas nos países emergentes que promoviam a CTPD, esses países voltaram a concentrar-se em assuntos internos. Além disso, as diferentes visões dos conceitos e os diferentes ritmos de crescimento econômico dos países enfraqueceram o “sentimento do Sul”, favorecendo a diluição da homogeneidade do espírito coletivo desses países e o predomínio dos interesses particulares. Somando-se a isso, a dependência psicológica da ajuda externa fez fortalecer as relações com as antigas metrópoles ao invés de buscar estratégias de “autoconfiança coletiva” (Pino, 2014).

Entretanto, a partir da segunda metade dos anos 1990, a CSS voltou a reerguer-se, em razão do fortalecimento econômico interno de alguns países em desenvolvimento,

dentre os quais o Brasil, considerados “países pivôs” – 22 nações com interesses e possibilidades reais de cooperar compunham o grupo. As Nações Unidas fomentaram a cooperação Sul-Sul ao divulgar a CTPD, documento elaborado pelo Comitê de Alto Nível Encarregado de Examinar, com o título de Novas orientações da CTPD. Dessa forma, iniciou-se uma nova fase da CSS, cujo protagonismo foi liderado pelos “países pivôs”. No sistema internacional, houve uma mudança de paradigma favorável à CSS, que visava horizontalizar o nível de desenvolvimento dos países dando voz às discussões do Sul, nos grandes fóruns mundiais. O sistema internacional passou a desenvolver o sentimento de um “mundo melhor” impulsionado pelas Nações Unidas e pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)<sup>20</sup>.

A ONU teve um papel decisivo no processo de ressurgimento e consolidação da CSS, nos anos 2000. Além da sua sensibilidade ante os problemas do desenvolvimento, a ONU possui uma estrutura descentralizada e um caráter neutro em relação às iniciativas de desenvolvimento Sul-Sul. Nos anos 2000, houve um crescimento exponencial de estratégias para sua promoção em programas, agências e organismos especializados da ONU, dos quais se destacaram o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (Pnuma), a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Organização das Nações Unidas para o Desenvolvimento Industrial (Onudi), a Unesco, o Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA), o Programa Mundial de Alimentos (PMA) ou a Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação (FAO). Tudo isso fez acelerar a dimensão Sul-Sul dentro das Nações Unidas (Pino, 2014).

Um marco mais recente na CSS foi a Conferência de Buenos Aires, entre 20 e 22 de março de 2019, que comemorou os 40 anos do Plano de Ação de Buenos Aires (Paba). A Conferência foi importante para avaliar a importância da CSS, traçar novas metas, criar novas modalidades de parceria e incluir novos atores. A Conferência foi aberta pelo secretário-geral da ONU, António Guterres, e marcou os 40 anos da adoção do “Plano de Ação de Buenos Aires” (1978). Na abertura da Conferência, António Guterres afirmou que graças à cooperação Sul-Sul, “(...) milhões de mulheres, homens e crianças saíram da pobreza extrema”. Ainda segundo o secretário-geral da ONU, nos últimos 40 anos “(...)

---

<sup>20</sup> Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) são metas estabelecidas pela ONU, em 2000, com o apoio de 191 nações (ODM Brasil, n.d.). [Em linha]. Disponível em <<http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>>. [Consultado em 4/11/2020].

os países em desenvolvimento alcançaram algumas das mais rápidas taxas de crescimento econômico já registradas”. Sobre o tema da desigualdade, afirmou que a CSS “(...) será vital para garantir o apoio mútuo e o intercâmbio de melhores práticas, para melhorar a adaptação e aumentar a resiliência dos países em desenvolvimento e suas comunidades”<sup>21</sup> (ONU News, 2019 [Em linha]).

Jorge Chediek, enviado do secretário-geral das Nações Unidas para a CSS, afirmou ao Canal ONU News, durante entrevista que ocorreu ao longo da Conferência de Buenos Aires, que:

A comunidade internacional confirmou a importância da cooperação Sul-Sul, 40 anos depois do Plano de Ação de Buenos Aires e depois de a cooperação Sul-Sul ter mostrado ser um instrumento essencial para melhorar as condições de vida da humanidade. As parcerias entre os países do Sul têm obtido resultados extraordinários nos processos de desenvolvimento de muitos países (ONU News, 2019 [Em linha]).

Chediek corrobora a importância da cooperação Sul-Sul, que, apesar de ter surgido, originalmente, nos anos 1950, hoje, como resultado da sua evolução, a CSS alcança os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)<sup>22</sup>. A CSS não irá substituir a cooperação Norte-Sul, pois é uma obrigação dos países do Norte ajudar os parceiros do Sul. Entretanto, a CSS está se tornando cada vez mais importante em termos de resultados e impactos. Segundo Chediek, a evolução social e econômica conquistada em países do Sul, por exemplo, no Brasil, tem contribuído para o compartilhamento de experiências bem-sucedidas em políticas sociais, econômicas e de infraestrutura, no âmbito da CSS.

Embora os países em desenvolvimento ainda representem grandes bolsões de pobreza, fragilidades institucionais e enormes disparidades socioeconômicas, é possível afirmar que, devido à cooperação Sul-Sul, houve um enorme aumento de políticas e programas em prol do desenvolvimento. Isso se deveu a quatro fatores principais. O primeiro fator consistiu nas taxas de crescimento econômico, em termos de produto

---

<sup>21</sup> [Em linha]. Disponível em <<https://news.un.org/pt/story/2019/03/1665401>>. [Consultado em 10/11/2020].

<sup>22</sup> Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) constituem uma agenda mundial adotada durante a Cúpula das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável, em setembro de 2015. É composta por 17 objetivos e 169 metas a serem alcançados até 2030. “É um guia para as ações da comunidade internacional nos próximos anos. E é também um plano de ação para todas as pessoas e o planeta que foi coletivamente criado para colocar o mundo em um caminho mais sustentável e resiliente até 2030” (Plataforma Agenda 2030, n.d. [Em linha]). Disponível em <<http://www.agenda2030.org.br/sobre/>>. [Consultado em 10/11/2020].

interno bruto (PIB) nominal, as quais indicam a distribuição da riqueza global. O segundo foi a aplicação de políticas públicas econômicas, sociais e científico-tecnológicas exitosas que puderam ser compartilhadas entre os países do Sul global. O terceiro fator foram a formulação e a execução de políticas externas mais afirmativas, que possibilitaram a atuação em fóruns multilaterais e regimes internacionais dos países emergentes. Dessa forma, a CSS promoveu a inserção internacional dos países em desenvolvimento, por meio da geração de mecanismos de diálogo político e *empowerment* econômico. O quarto fator foi a combinação de fortes lideranças políticas, vontade política e recursos financeiros, para dinamizar as relações, e capacidades institucionais fortalecidas. Esses quatro fatores abriram espaço a um tipo de cooperação diferente da cooperação “tradicional”, criando práticas e alternativas que refletem as mudanças na geopolítica mundial (Pino, 2014).

### **2.1.1 Cooperação Técnica Brasileira**

De acordo com Milani (2017), a cooperação técnica brasileira acompanhou a trajetória da cooperação internacional. Em outras palavras, o Brasil não se manteve alheio ao cenário da evolução da cooperação internacional e acompanhou o progresso da cooperação técnica, inicialmente, como país receptor de cooperação, e, posteriormente, como prestador de cooperação. Como já foi mencionado, a trajetória da CTI surgiu no pós-Guerra Mundial, com o objetivo de reconstruir as nações afetadas pelo conflito e garantir a estabilidade do sistema internacional. O Brasil fez parte desse processo e passou a ser um receptor de cooperação de países desenvolvidos e organismos internacionais, principalmente das agências ou programas da ONU e do Banco Mundial (Abreu, 2013). Portanto, o envolvimento inicial do Brasil com a CTI se deu sob o modelo de país receptor da cooperação originária de países desenvolvidos.

Algumas ações esparsas de assistência técnica tiveram início nos anos 30, quando a política externa brasileira passou a ser associada, cada vez mais, ao projeto de desenvolvimento nacional. Durante o governo Vargas (1930-1945), uma das principais marcas da política externa foi o alinhamento do Brasil com os Estados Unidos, com



pacotes de oferta de assistência técnica e concessão de empréstimos financeiros. Esses financiamentos e empréstimos tinham por objetivo, dentre outros, garantir a industrialização brasileira.

Segundo Abreu (2013), com o fim de sistematizar os resultados oficialmente considerados positivos das primeiras cooperações recebidas do exterior, o governo brasileiro criou a Comissão Nacional da Assistência Técnica (CNAT), em 1950. Composta por representantes governamentais da Secretaria de Planejamento, do Ministério das Relações Exteriores e de Ministérios setoriais, a principal atribuição da CNAT era estabelecer a prioridade dos pleitos de instituições brasileiras solicitantes de ajuda técnica do exterior, fornecida por países desenvolvidos com os quais o Brasil mantinha acordos específicos de transferência de tecnologia, sob a forma de cooperação.

Dentre as competências legais da CNAT estavam incluídos os estudos relativos à participação do Brasil em programas de assistência técnica das Nações Unidas e da Organização dos Estados Americanos (Abreu, 2013). Embora a CTI prestada pelo Brasil não fosse prioridade, constava do mandato da CNAT estudar as possibilidades de contribuição brasileira para programas de assistência técnica. E, por meio de se prestar assistência técnica, buscavam-se avanços para o desenvolvimento nacional (Milani, 2017).

Em 1949, no âmbito do governo Dutra, o Brasil recebeu a Missão Abbink<sup>23</sup>, que visava avaliar o desenvolvimento econômico brasileiro e estabelecer diretrizes para que o crescimento econômico se mantivesse longamente sustentado e equilibrado (Milani, 2017). Em 1951, foi criada a Comissão Mista Brasil-Estados Unidos para o Desenvolvimento Econômico (CMBEU) para analisar projetos passíveis de financiamentos. E, finalmente, foi criado, em 1952, o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDE) (Milani, 2017).

---

<sup>23</sup> A missão Abbink procurou fatores internos da economia brasileira que estivessem subutilizados. “Tratava-se de arrolar as fontes de recursos internos à economia brasileira e procurar as melhores formas de direcioná-los para setores de alta produtividade do sistema econômico. Segundo os termos da equipe da seção norte-americana, tratava-se do ‘*self-help*’ (...) que diz respeito à orientação de criar formas internas de mobilizar recursos” (Ribeiro, 2012: p. 80, 115).

Nessas primeiras décadas de cooperação, o foco do governo brasileiro era o apoio à estruturação de instituições públicas federais e entidades nacionais especializadas em áreas então consideradas estratégicas para a economia nacional (Abreu, 2013). Alguns exemplos de entidades que na sua formação contaram com o apoio de entidades internacionais e a doação de equipamentos para a capacitação de recursos humanos foram as seguintes: Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa); Telecomunicações Brasileiras S. A. (Telebras); Instituto Nacional de Propriedade Industrial (Inpi); e Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai) (Milani, 2013). A Embrapa é, atualmente, considerada uma grande agente de cooperação técnica internacional, exportando conhecimento agrícola para vários países com os quais o Brasil possui acordo de cooperação técnica internacional. Segundo Abreu (2013), nessa época, os programas de cooperação técnica eram totalmente financiados com recursos externos, ao mesmo tempo que a cooperação prestada pelo Brasil ao exterior era muito reduzida. Portanto, pode-se inferir que, nesse período, o Brasil começou, mesmo que de forma muito incipiente, a prestar cooperação técnica a outros países.

Durante a década de 1960, foi realizada uma ampla reforma do Sistema de Cooperação Técnica, com o objetivo de dar solução às limitações estruturais de coordenação da CNAT (Abreu, 2013). Fez-se necessário fortalecer o sistema de cooperação técnica diante do grande volume de recursos externos postos à disposição das instituições brasileiras. As competências básicas de cooperação técnica internacional como planejamento, negociação, coordenação, execução, acompanhamento e avaliação foram centralizadas na Subsecretaria de Cooperação Econômica e Técnica Internacional (Subin) e na Divisão de Cooperação Técnica do Ministério das Relações Exteriores (Milani, 2013).

Em 1974, foi criada a Unidade Especial para a cooperação técnica entre países em desenvolvimento (CTPD)<sup>24</sup> do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), cuja principal função era a promoção dessa modalidade de cooperação (Milani, 2013). E a partir dos anos 1980 houve uma efetiva estruturação da cooperação técnica

---

<sup>24</sup> O termo “cooperação técnica entre países em desenvolvimento (CTPD)” foi substituído por “Cooperação Sul-Sul”, segundo o portal da Agência Brasileira de Cooperação (ABC) do Ministério das Relações Exteriores (Brasil, n.d.). [Em linha]. Disponível em <<http://www.abc.gov.br/CooperacaoTecnica/>>. [Consultado em 11/10/2020].

prestada pelo Brasil a outros países em desenvolvimento. O Brasil passou a alcançar patamares diferenciados de desenvolvimento, se comparado a outros países latino-americanos, africanos e asiáticos. Portanto, o fluxo de cooperação recebida começou a reduzir, enquanto a cooperação técnica prestada aumentou consideravelmente (Milani, 2013).

Para o governo brasileiro, um pressuposto fundamental da cooperação técnica recebida pelo Brasil é que ela deve contribuir significativamente para o desenvolvimento socioeconômico do país. E esse mesmo cuidado deve ser aplicado à cooperação técnica prestada pelo Brasil a outros países, a Cooperação Sul-Sul (Brasil, 2013)<sup>25</sup>. A mudança de receptor de cooperação para doador de cooperação conduziu a um processo de reestruturação da CTI; dessa forma, o governo brasileiro extinguiu a Subin e criou, em 1987, a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), subordinada ao Ministério das Relações Exteriores.

### 2.1.2 Agência Brasileira de Cooperação

De acordo com o *Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul*, a Agência Brasileira de Cooperação (ABC) é o principal agente de cooperação Sul-Sul do Governo brasileiro (Brasil, 2013)<sup>26</sup>. A ABC foi criada em 1987, visando planejar, negociar e executar projetos e atividades de cooperação técnica para o desenvolvimento em todas as áreas do conhecimento nas quais o Brasil possui *expertise*. Segundo Milani (2017), à ABC caberia a articulação de órgãos nacionais e internacionais, incluindo universidades e empresas, de modo a prestarem programas de CTI, aprovarem e monitorarem projetos de CTI. A reestruturação da agenda de CTI foi necessária, pois existia uma lacuna institucional no governo brasileiro capaz de gerir a cooperação prestada.

---

<sup>25</sup> Brasil. Agência Brasileira de Cooperação (n.d.). *Histórico da Cooperação Técnica Brasileira*. Disponível em <<http://www.abc.gov.br/CooperacaoTecnica/>>. [Consultado em 25/10/2020].

<sup>26</sup> A ABC foi uma das primeiras agências de CTI no mundo em desenvolvimento. A agência chilena, por exemplo, foi criada em 1990. A agência turca, em 1992 (Milano, 2013). O site da ABC é <http://www.abc.gov.br/>.

Em 13 de maio de 1987, o Presidente José Sarney fez o seguinte anúncio a respeito da criação da ABC<sup>27</sup>:

A primazia que o Brasil concede às relações Sul-Sul levou-me a decidir estabelecer, a curtíssimo prazo, a Agência Brasileira de Cooperação – ABC. Esta instituição, que deverá funcionar no âmbito do Ministério da Relações Exteriores, buscará dar melhor operacionalidade e rapidez às nossas ações de cooperação técnica, coordenando adequadamente esforços e definindo atividades e projetos de cooperação internacional prestada por instituições brasileiras. Não devemos visar a estabelecer ambiciosos programas de ajuda externa, à semelhança dos que praticam os países industrializados. Nosso país não possui os meios para tanto. Realista e desejável é, sim, compartilhar com nossos irmãos da América Latina, do Caribe, da África, do Oriente próximo e da Ásia, as experiências bem-sucedidas e os avanços que os brasileiros obtiveram em setores como a pesquisa agrícola, a formação técnico-profissional, o desenvolvimento de fontes renováveis de energia, o combate às moléstias tropicais – sem excluir as tecnologias de ponta, onde existir capacidade de absorção. Assim poderemos dar uma contribuição que seja eficaz para a promoção do desenvolvimento socioeconômico dos países amigos, além de compatível com os recursos de que dispomos (Brasil, 2008: p. 72 [Em linha]).

De acordo com o *Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul* (Brasil, 2013), a criação da ABC representou um marco na visão do governo brasileiro no que diz respeito ao papel da cooperação internacional para o desenvolvimento. A criação da ABC foi resultado do protagonismo que o Brasil passou a desempenhar ao prestar assistência técnica aos países em desenvolvimento. Além disso, a estruturação e o desenvolvimento das instituições públicas brasileiras com excelência técnica, em diversos setores, levaram ao aumento da inserção do Brasil no cenário internacional.

Esse Manual informa que a ABC possui, hoje, um quadro de, aproximadamente, 120 parceiros nacionais, públicos e privados, alianças estratégicas com países desenvolvidos, além de parcerias com organismos internacionais, blocos regionais e mais de cem países em desenvolvimento. A ABC já realizou mais de 7 mil projetos, em 108 países da América Latina, Ásia, África, Europa e Oceania<sup>28</sup>. Os principais projetos da cooperação do Brasil se desenvolvem em áreas como administração pública, agricultura familiar, temas urbanos, ciência e tecnologia, cultura, defesa, desenvolvimento social, educação e alimentação escolar, indústria e comércio, justiça, meio ambiente, energia, pecuária, pesca, planejamento, saúde, segurança pública, trabalho e emprego (Brasil 2013). Qualquer iniciativa de projeto no âmbito da cooperação técnica brasileira deve ser

---

<sup>27</sup> Discurso de José Sarney no Dia do Diplomata, 13 de maio de 1987, no Palácio do Itamarati, em Brasília, DF. [Em linha]. Disponível em <<http://funag.gov.br/loja/download/510-Discurso-Selecionado-do-Presidente-Jose-Sarney.pdf>>. [Consultado em 11/10/2020].

<sup>28</sup>. [Em linha]. Disponível em <<http://www.abc.gov.br/SobreABC/Introducao>>. [Consultado em 15/10/2020].

respaldada por um arcabouço jurídico-institucional denominado “Acordo Básico de Cooperação Técnica”, que orientará sua execução.

O Acordo Básico de Cooperação Técnica é um ato internacional, ratificado pelo Congresso Nacional, que formaliza as relações de cooperação técnica entre o Governo brasileiro e o Governo parceiro (Brasil 2013). Esse ato pode ser firmado também entre o Governo brasileiro e um organismo internacional. É baseado nesse Acordo que os governos definem, conjuntamente, o marco geral da cooperação. Portanto, o Brasil só pode implementar programas e projetos de cooperação técnica nos países com os quais possui o Acordo Básico de Cooperação Técnica.

A partir do momento em que há um Acordo Básico de Cooperação Técnica entre os países, a cooperação técnica é passível de ser realizada. O país solicitante deve, primeiramente, enviar ao Brasil um pedido oficial de cooperação técnica, por meio ou dos postos diplomáticos brasileiros ou das representações estrangeiras, em Brasília. Quando a demanda é recebida pelo Governo brasileiro, a ABC consulta instituições públicas e privadas brasileiras com *expertise* na área demandada para verificar a disponibilidade e o interesse em compartilhar seu conhecimento técnico. Em seguida, a ABC organiza uma missão de prospecção ao país solicitante, de modo a entender o cenário e a demanda, detalhadamente, para, finalmente, iniciar as tratativas de um novo projeto de cooperação técnica.

A decisão sobre a aceitação da demanda depende do seu enquadramento nas diretrizes da política externa brasileira. O artigo 4.º, inciso IX, da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 2016: p. 11, grifo nosso) reza que “*A República Federativa do Brasil rege-se nas suas relações internacionais*”, entre outros, pelo princípio da “*(...) cooperação entre os povos para o progresso da humanidade*”. Portanto, para desempenhar suas funções de cooperação técnica, a ABC deve seguir as diretrizes da política externa do Ministério das Relações Exteriores e os planos e programas setoriais definidos pelo governo.

Segundo seu portal, a ABC é formada , atualmente, por seis coordenações, cinco delas responsáveis por desenvolver as atividades finalísticas da Agência, e uma voltada para a implementação das atividades-meio (Brasil, n.d.)<sup>29</sup>, conforme relacionadas abaixo.

- Coordenação-Geral de Cooperação Técnica – África, Ásia e Oceania
- Coordenação-Geral de Cooperação Técnica – América Latina, Caribe e Europa
- Coordenação-Geral de Cooperação Técnica Multilateral
- Coordenação-Geral de Cooperação Técnica e Parcerias com Países Desenvolvidos
- Coordenação-Geral de Cooperação Humanitária
- Coordenação-Geral de Administração e Orçamento

Resumidamente, as principais características da cooperação técnica prestada pela ABC são as que seguem (Brasil, n.d.)<sup>30</sup>.

- A ABC atua sempre diante de um pedido de cooperação técnica feito por outro país em desenvolvimento.
- A resposta tem base nas diretrizes da política externa brasileira e leva em conta os interesses específicos das instituições brasileiras cooperantes.
- A cooperação técnica tem como enfoque o desenvolvimento de capacidades humanas, institucionais e produtivas.

---

<sup>29</sup> [Em linha]. Disponível em <<http://www.abc.gov.br/SobreAbc/Introducao>>. [Consultado em 15/10/2020].

<sup>30</sup> [Em linha]. Disponível em <<http://www.abc.gov.br/CooperacaoTecnica/Vertentes>>. [Consultado em 15/10/2020].

- Não há transferência direta de recursos financeiros ao país parceiro, mas sim compartilhamento de conhecimentos e experiências bem-sucedidas no Brasil.
- Entre os princípios da cooperação brasileira, estão a horizontalidade, a neutralidade, a não condicionalidade e os benefícios mútuos.

Dentre as principais características da cooperação técnica brasileira prestada pela ABC, deve-se destacar o caráter horizontal da cooperação, na qual a ideia é compartilhar práticas exitosas disponíveis no Brasil para o enfrentamento a desafios similares em outros países.

De acordo com o manual de Formulação de Projetos de Cooperação Técnica Internacional da ABC (Brasil, 2004), as atividades de cooperação técnica internacional brasileira prestadas pela ABC são executadas em forma de projeto<sup>31</sup> – que é um conjunto de atividades que visam alcançar um objetivo específico. Os projetos da ABC são organizados no formato de uma estrutura lógica e possuem início, meio e fim. Além disso, necessitam de um aporte financeiro, muitas vezes financiados pela ABC e pelo país solicitante, quando esse tiver disponibilidade.

O projeto analisado nesta dissertação, na área da saúde, será detalhado posteriormente, pois é o objeto principal deste trabalho.

## **2.2 Cooperação Sul-Sul (CSS) Brasileira**

Essa modalidade de cooperação é usada por países, organismos internacionais, instituições parceiras e sociedade civil para compartilhar conhecimentos mútuos e iniciativas de sucesso entre os países do Sul global. No Brasil, a modalidade de cooperação Sul-Sul é relativamente recente, de pouco mais de três décadas, e passou a ser

---

<sup>31</sup> Conforme o documento *Formulação de Projetos de Cooperação Técnica Internacional (PCT): Manual de Orientação* (Brasil, 2004).

implementada a partir da criação da Agência Brasileira de Cooperação (ABC). Segundo o *Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul*<sup>32</sup>:

A cooperação técnica Sul-Sul é entendida como o intercâmbio horizontal de conhecimentos e experiências originados nos países em desenvolvimento cooperantes. A ideia é compartilhar lições aprendidas e práticas exitosas disponíveis no Brasil, geradas e testadas para o enfrentamento de desafios similares ao desenvolvimento socioeconômico (Brasil, 2013: p. 14).

Os principais setores que são impulsionados pela cooperação Sul-Sul brasileira e que estão mais presentes na atuação do Brasil são: agricultura, saúde, educação e defesa (Munõz, 2016). Segundo dados da ABC, o continente africano é o protagonista da cooperação Sul-Sul brasileira, nas últimas décadas. Tradicional receptor da ajuda ao desenvolvimento dos países do Norte, o continente africano se tornou um parceiro importante nessa reconfiguração da cooperação Sul-Sul. Durante o governo Lula da Silva (2003-2011), tanto as práticas de cooperação Sul-Sul quanto as relações entre Brasil e África ganharam impulso (Munõz, 2016). Os países africanos que recebem a modalidade de cooperação Sul-Sul pela ABC não são tratados como receptores passivos da cooperação, e sim como parceiros. Dessa forma, evita-se impor modelos exógenos, mas adaptá-los às demandas do parceiro (Brasil, 2013). E esse é o grande diferencial da cooperação Sul-Sul brasileira, cujo foco é o desenvolvimento de capacidades visando à conquista de autonomia local.

É importante destacar que a teoria da dependência, que precede a política externa do presidente do Brasil Luís Inácio Lula da Silva, foi elaborada por Fernando Henrique Cardoso e Enzo Faletto. Na obra *Dependência e Desenvolvimento na América Latina: Ensaio de Interpretação Sociológica*, Cardoso e Faletto (2010) salientaram o papel dos fatores internos na compreensão dos processos estruturais de dependência. A teoria da dependência mostra como as diferentes formas de articulação entre economias nacionais e sistema internacional e, ao mesmo tempo, os diferentes arranjos de poder indicavam modalidades distintas de integração com os polos hegemônicos do capitalismo.

Ao introduzir a teoria da dependência, Cardoso e Faletto (2010) partem da rejeição da ideia de que os países em desenvolvimento estivessem repetindo – ou devessem repetir

---

<sup>32</sup> [Em linha]. Disponível em <[http://www.abc.gov.br/Content/ABC/docs/Manual\\_SulSul\\_v4.pdf](http://www.abc.gov.br/Content/ABC/docs/Manual_SulSul_v4.pdf)>. [Consultado em 15/10/2020].



– a história dos países desenvolvidos. Defendem, então, que há diferentes caminhos ou sequências que podem ser seguidos na busca pelo desenvolvimento, dependendo de condições históricas e estruturais específicas de cada país. Os autores consideram, dessa maneira, a particularidade dos processos de desenvolvimento, tornando-se possível transportar a teoria da dependência para uma diversidade enorme de países, abrangendo outros contextos e regiões geográficas.

Conforme o *Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul*:

No universo do desenvolvimento de capacidades, a cooperação técnica Sul-Sul brasileira atua principalmente por meio:

- do apoio à identificação e mobilização de atores e de capacidades disponíveis no país parceiro;
- do intercâmbio de métodos, abordagens, experiências e estratégias entre os países cooperantes, além de outros conteúdos de aplicação prática nos processos de desenvolvimento;
- de ações de fortalecimento organizacional, incluindo o aperfeiçoamento dos quadros profissionais, aprimoramento de competências gerenciais e técnicas das instituições beneficiárias e modernização ou estruturação de processos produtivos;
- da identificação e celebração de parcerias locais e externas, e da promoção de arranjos interinstitucionais associados ao aprimoramento das etapas de planejamento, concepção e implementação de políticas públicas (Brasil, 2013: p. 14).

É importante ressaltar a característica sustentável do desenvolvimento de capacidades no âmbito da cooperação Sul-Sul. Isso se dá justamente pela participação efetiva das instituições cooperantes em todo o processo da cooperação. O envolvimento de todos os parceiros, em todas as etapas da cooperação, desde a identificação da oportunidade até a avaliação dos resultados, garante que o parceiro irá dar continuidade ao projeto e, conseqüentemente, garantirá a sustentabilidade da cooperação. Alguns exemplos que contribuem para a sustentabilidade do desenvolvimento de capacidades são: a designação de representantes institucionais e técnicos para os projetos; a manutenção dos proventos do seu quadro de pessoal envolvido na implementação das ações; e a oferta de apoio logístico e de infraestrutura para o desenvolvimento das atividades (espaço físico, transporte, suprimentos de apoio, materiais e equipamentos), quando isso for possível. “As contrapartidas do país parceiro são voluntárias e, em hipótese alguma, podem representar condicionalidades para a realização das parcerias” (Brasil, 2013: p. 14).

### 2.3 Modalidades da Cooperação Técnica Sul-Sul Brasileira

Também segundo o *Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul* (Brasil, 2013), a cooperação técnica Sul-Sul pode ser realizada em quatro modalidades diferentes, a saber:

- Cooperação Técnica Sul-Sul Bilateral: ambos os parceiros são países em desenvolvimento;
- Cooperação Técnica Sul-Sul trilateral: a cooperação técnica Sul-Sul trilateral é dividida em submodalidades:
  1. Cooperação Sul-Sul trilateral entre países em desenvolvimento: Brasil mais dois países em desenvolvimento;
  2. Cooperação Sul-Sul trilateral com países desenvolvidos: Brasil mais um país em desenvolvimento e mais um país desenvolvido;
  3. Cooperação Sul-Sul trilateral com organismo internacional: dois ou mais países em desenvolvimento cooperam entre si, com a participação de um organismo internacional: Brasil mais um país em desenvolvimento e mais um organismo internacional.
- Cooperação Sul-Sul em Bloco: a cooperação se dá no âmbito de organizações regionais dos quais o Brasil faz parte, como por exemplo, o Mercado Comum do Sul (Mercosul), a União das Nações Sul-americanas (Unasul) e o bloco Índia, Brasil e África do Sul (Ibas).
- Cooperação Sul-Sul descentralizada: a cooperação se dá entre dois ou mais entes subnacionais de países em desenvolvimento.

### **CAPÍTULO III – COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL EM SAÚDE**

Neste capítulo, por meio da revisão da literatura acadêmica, serão apresentados os principais conceitos de saúde global e diplomacia em saúde e a crescente inserção do tema saúde na dinâmica da política externa. As obras de autores como David Fidler (2003; 2005; 2009), Ilona Kickbusch (2009; 2010), Michelle Gagnon (2012), Ronald Labonté (2010), Paulo Buss (2011) e Célia Almeida (2010), entre outros, além de constituírem as referências para a explicitação dessas definições, também serão utilizadas para a análise e a discussão do diálogo entre saúde e política externa. Dessa forma, pretende-se mostrar que, apesar de os países estarem em diferentes estágios de evolução nessa área, o tema saúde é parte integrante das políticas externas no mundo contemporâneo, o que exige a elaboração de uma abordagem teórica capaz de lidar com sua complexidade.

A cooperação técnica internacional em saúde é relativamente recente e surgiu como resultado dos avanços no conhecimento sobre doenças infecciosas e as tecnologias de transporte do século 19<sup>33</sup>. A partir de 1851 foram realizadas conferências internacionais, tratados foram assinados e organizações internacionais foram criadas para ampliar e fortalecer a cooperação internacional em saúde. Um marco histórico nessa área foi a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, tendo sob sua égide o Regulamento Sanitário Internacional – um conjunto extraordinário de regras para o controle de doenças infecciosas. Combinadas, essas iniciativas produziram os primeiros processos, regras e instituições para a governança global em saúde, conforme Fidler (2001), comentado por Almeida (2010).

De acordo com a dinâmica mundial, os enfoques de cooperação internacional na área da saúde têm variado ao longo de décadas, acompanhando as tendências da reflexão sobre o desenvolvimento. Nas décadas de 1960 e 1970, influenciada pelos movimentos sociais “alternativos” e dos países não alinhados, a cooperação internacional em saúde

---

<sup>33</sup> A I Conferência Sanitária Internacional, um marco histórico da cooperação internacional, ocorreu em Paris, em 1851. À época, os estados europeus discutiam, pela primeira vez, iniciativas coordenadas de cooperação para o combate às ameaças da cólera, peste e febre amarela. O evento representou “uma transição radical na forma de conceituar e abordar a saúde internacionalmente” (Fidler, 2004, citado por Almeida *et al.*, 2010: p. 149).

estava concentrada na atenção comunitária, na priorização da saúde pública, em detrimento da supervalorizada atenção médica (Almeida, 2013).

A década de 1970 foi marcada pela elevação dos custos de assistência médica e, conseqüentemente, as propostas alternativas de saúde enfraqueceram. Na década de 1980, um conjunto de fatores, tais como a crise econômica mundial e o reembolso das dívidas externas, dentre várias mudanças políticas (distúrbios civis e políticos, difusão da hegemonia neoliberal, processos de redemocratização política da América do Sul e de construção de novas nações emergentes da libertação colonial da África), agravaram a pobreza e as desigualdades no Sul. A propagação mundial da epidemia de HIV-Aids – somada a outras doenças fatais – sobrecarregou de forma desproporcional os sistemas de saúde nos países do Sul global. A falta de prioridade de investimento em saúde, combinada com uma globalização altamente desigual, enfraqueceu ainda mais os sistemas de saúde (Almeida, 2013).

Não obstante, durante a década de 1980,

(...) os gastos em saúde foram submetidos às exigências dos ajustes macroeconômicos, incorporando os mesmos princípios neoliberais de “menos Estado”, privatização, flexibilidade e desregulamentação, desconsiderando-se os problemas sociais (Almeida 1995; Almeida 2013: p. 266).

Portanto, o acesso aos serviços de saúde deixou de ser considerado um bem público e as privatizações pioraram a situação, com aumento do gasto privado, mesmo entre as populações mais carentes. Esse processo foi acompanhado pela negligência com as questões epidemiológicas e as atividades de saúde pública – prevenção e controle de endemias, doenças epidêmicas e transmissíveis (Almeida, 2013).

Todas essas reformas dos sistemas de saúde aumentaram as desigualdades existentes entre o Norte e o Sul e prejudicaram ainda mais a precária capacidade de resolução de problemas dos sistemas de saúde do Sul. Enquanto isso, a cooperação internacional voltou suas atenções para as intervenções tecnológicas e de produtos (novas drogas e vacinas, novos equipamentos), e o apoio ao fortalecimento dos sistemas de saúde se enfraquecia consideravelmente. Como resultado dessas décadas, nos anos 1990 os subinvestimentos em saúde eram evidentes (Almeida, 2010). Nesse mesmo período, mais

precisamente a partir dos meados dos anos 1990, as relações entre globalização e saúde começaram a se destacar em âmbito mundial. Novos conceitos como “saúde global”, “bens públicos globais”, “governança global em saúde” e “diplomacia em saúde” surgiram na literatura, e a saúde ganhou enorme relevância na política internacional jamais alcançada anteriormente (Fidler, 2005, 2009, citado por Almeida, 2013: p. 233).

A saúde global é uma das áreas em que uma nova abordagem à diplomacia no século 21 é mais evidente. Segundo Kickbusch e Berger, o termo saúde global se refere:

(...) àquelas questões de saúde que transcendem fronteiras nacionais e governos e demandam intervenções nas forças e fluxos globais que determinam a saúde das pessoas. Requer novas formas de governança em nível nacional e internacional, as quais procuram incluir uma ampla gama de atores (2010: p. 19).

O termo saúde global diferencia-se de outros termos comumente utilizados, tais como saúde internacional e saúde pública, conforme traduz Birn (2009: p. 63), citado por Kickbusch e Berger (2010, p: 19), no sentido de que:

(...) a expressão saúde global, adotada amplamente na última década, visa transcender os usos ideológicos anteriores da saúde internacional e implica compartilhar suscetibilidades, experiência e responsabilidades globais pela saúde.

As questões de saúde estão ultrapassando o caráter puramente técnico e se tornando um elemento essencial das políticas externas e de segurança, pois novos desafios transfronteiriços da saúde precisam ser resolvidos. A saúde internacional deixa de ser considerada no contexto da política de desenvolvimento, cujos resultados são medidos pelo fluxo de recursos do Norte para o Sul, para uma abordagem em que a saúde global transcende fronteiras e se caracteriza pelo sentido da responsabilidade coletiva pela saúde. Conseqüentemente, os problemas nacionais de saúde nacional não podem mais ser tratados de maneira isolada e exigem esforços coordenados e conjuntos pela saúde global (Kickbusch & Berger, 2010).

Devido à globalização, as distâncias “encurtaram”, processo que inclui, também, a saúde das populações, com as invasões de fronteiras dos Estados Nacionais por agentes externos, ameaças externas em relação às enfermidades infecciosas, riscos de epidemias (ou pandemias) e riscos ambientais; armas biológicas e químicas; migração humana e

tráfico de drogas, entre outros agentes. Em suma, a cooperação em saúde pode ser considerada uma questão de prevenção e de segurança nacional.

Para Fidler (2005), a globalização contemporânea causou maior interdependência e interconectividade, desafiando a distinção tradicional entre as atividades do setor saúde doméstico e os esforços internacionais na área de saúde; ao mesmo tempo, o aumento de atores que passaram a atuar nessa área e o amplo elenco de problemas, com sua complexidade e as dificuldades para sua resolução, questionaram a suficiência do Estado como único ator atuante nessa dinâmica e evidenciaram a necessidade de uma ação coletiva mais ampla e coordenada. Essa ação coletiva diferiria completamente daquela convencionalmente estipulada no período histórico anterior, a partir da criação da OMS, em 1948.

O Brasil não ficou alheio a todas essas mudanças que ocorreram no cenário internacional, pelo contrário, o Brasil se mostrou influente no debate internacional, com uma diplomacia propositiva e capaz de formular diretrizes e estabelecer escolhas que reforçavam o seu papel de liderança no cenário internacional. Na área da saúde, o Brasil, não só alcançou altos padrões de respeito como também influenciou, ativamente, o sistema internacional, atendendo ao objetivo histórico de sua política externa, o que poderá ser visto a seguir, por meio do uso da diplomacia em saúde.

### 3.1 Diplomacia em Saúde<sup>34</sup> e Governança da Saúde

A diplomacia é a arte e a prática da condução de negociações e, de maneira geral, também é relacionada ao meio de conduzir as relações internacionais. Tradicionalmente, questões de *hard power*, ou seja, questões de guerra e paz, economia e comércio são consideradas mais relevantes no campo das relações internacionais. Entretanto, nos

---

<sup>34</sup> O termo “diplomacia da saúde” teve origem no crescimento da discussão sobre saúde e política externa, alcançando as esferas acadêmica, governamental e não governamental. Entretanto, nesta dissertação, o termo será referido como “diplomacia em saúde”, visto que a ideia consiste em discutir a relação entre saúde e política externa sem aderir à proposição de que há uma diplomacia específica para a área da saúde. Portanto, a saúde é aqui considerada um tema da diplomacia, que emprega seus instrumentos, estratégias, valores e atores para o desenvolvimento de projetos em saúde no cenário internacional.

últimos anos, houve um aumento do número de acordos internacionais em assuntos considerados como *soft power*, ou seja, demandas ambientais e de saúde. Atualmente reconhece-se, cada vez mais, que mesmo alguns temas considerados mais *soft* podem ter importantes implicações nas questões de economias nacionais, tradicionalmente consideradas *hard power* (Kickbusch *et al.*, 2007). A diplomacia reconhece, atualmente, a importância atribuída às estratégias do *soft power*. Há um reconhecimento cada vez mais importante de que determinados “bens públicos globais” precisam ser negociados e assegurados, e que regimes na área do comércio e do desenvolvimento econômico devem ser complementados por outros, em esferas como ambiente e saúde (Kickbusch *et al.* 2007; Kickbusch & Berger, 2010).

A diplomacia atravessa um novo padrão de comportamento político, que passa da diplomacia bilateral para a multilateral. A bilateral é uma diplomacia de tipo mais clássico, voltada, principalmente, para a condução das relações de um país para outro; e a multilateral mostra mudanças nessas relações tradicionais. A partir de 1919, com o início da Liga das Nações e, em seguida, depois da Primeira Guerra Mundial, surge a instituição Nações Unidas, constituindo-se em organizações polivalentes, de adesão universal. A diplomacia internacional multilateral compreende a arte de criar e administrar alianças antes, durante e depois das negociações sobre uma determinada questão que ultrapassa as fronteiras nacionais – muitas vezes, no contexto das organizações internacionais. Em especial, a estrutura diplomática do século 21 é altamente complexa, contém uma grande quantidade de atores, questões, funções e valores (Kickbusch & Berger, 2010).

O termo “diplomacia em saúde global” visa interpretar esses processos de negociações com essa grande quantidade e variedade de atores que moldam e dirigem o ambiente da política global da saúde. A diplomacia em saúde global gera três resultados essenciais:

- i) contribui para garantir melhor segurança em saúde e nos efeitos sobre a saúde da população de todos os países envolvidos (desta maneira atendendo aos interesses nacionais e globais);
- ii) contribui para melhorar as relações entre países e fortalece o compromisso de uma ampla faixa de atores no trabalho de melhorar a saúde;
- iii) oferece a compreensão da saúde como resultado de um esforço comum para assegurar que ela seja um direito humano e um bem público global, com metas de resultados que sejam considerados justos “para todos” (isto é, redução da pobreza, aumento da igualdade) (Kickbusch & Berger, 2010: p. 20).

Para Kickbusch, Berger e Buss (2010), a Diplomacia em Saúde surgiu para tratar dos fatores da saúde que transcendem as fronteiras nacionais e expõem os países às influências globais e para orientar a cooperação internacional em saúde. Para esses autores, os três principais eixos de atuação da Diplomacia em Saúde se concentram nas atividades, dentro do setor de saúde, que tratam de questões de saúde normativa, acordos internacionais e cooperação, os surtos globais de doenças e pandemias; o compromisso com a saúde no contexto da assistência para o desenvolvimento; e as iniciativas políticas de outros setores.

As discussões a respeito de saúde e, especialmente, saúde internacional ou global, estão inseridas em diversos fóruns – de caráter social, político ou econômico – sob a ótica de que somente com indivíduos saudáveis será possível combater a pobreza, promover o desenvolvimento econômico e melhorar as condições de vida e bem-estar social. Berlinguer (1999: p. 22) afirma que:

(...) observando a realidade através do prisma da saúde, entendida como bem-estar individual, como interesse coletivo e como condição essencial de vida em liberdade. De fato, a liberdade substancial diminui quando predomina a doença: porque o indivíduo fica, em geral, impedido de exercer uma ou mais de suas faculdades de decidir e agir, porque sua sorte passa a ser confiada a outros poderes, sobretudo quando o doente, enquanto tal, não é mais considerado cidadão portador de direitos; porque a doença, quando persistente, muitas vezes leva o indivíduo (e as nações) a um movimento para baixo, a um círculo vicioso de regressão, que traz o risco de se tornar irreversível.

Uma grande parte da diplomacia em saúde global se processa no âmbito da agência especializada em saúde da Organização das Nações Unidas – a Organização Mundial da Saúde (OMS) –, mas a quantidade de atores e cenários se expande com rapidez. Abrange competências que envolvem a Organização Mundial do Comércio, o Banco Mundial, as organizações regionais e novas organizações, como alianças, fundos e fóruns globais.

O termo governança da saúde pode ser subdividido em governança clássica e governança global. A governança clássica da saúde internacional acredita que os governos têm a responsabilidade primária pela saúde de seus cidadãos e estão aptos, em cooperação com outros países, a proteger sua população dos riscos à saúde. Entretanto, há um número crescente de riscos interfronteiriços, como também da quantidade e nível de influência de agentes não vinculados ao Estado, na governança da saúde. Dessa forma, a governança da saúde centrada no Estado, embora necessária, sofre restrições de sua



própria natureza e são necessárias novas formas de governança nesses assuntos (Dodgson *et al.*, 2002, citados por Kickbusch & Berger, 2007). Portanto, a governança da saúde global é o fortalecimento do uso consciente das instituições internacionais e transnacionais e dos seus regimes de princípios, normas, regras e procedimentos de tomadas de decisão para fins de organizar a promoção e a proteção da saúde em escala global.

No século 21, as negociações em questões de saúde global incluem todo um conjunto de atores nacionais: ONGs, setor privado, academia e fundações, além de representantes do ministério da saúde de cada nação. As negociações modernas desenvolveram a característica do pluralismo desestruturado e do desequilíbrio de poder entre a variedade de atores. As organizações internacionais, como a OMS, deixaram de ser a extensão das políticas nacionais – elas as modificam, amarram e, por vezes, oferecem o fundamento para a legislação nacional. E embora os países e regiões de todo o mundo apresentem expressivas variações na situação de saúde e condições de vida de suas populações, há aspectos comuns, tais como restrições ao acesso e limitações de qualidade do atendimento ou efetividade das ações dos sistemas de saúde. A associação entre dificuldades comuns e interesses compartilhados para seu enfrentamento caracteriza oportunidades de cooperação entre países (Santana, 2011). E a interdependência crescente entre as nações amplia o escopo da política externa dos países, especialmente do Brasil, como será analisado a seguir.

### **3.2 Saúde e Política Externa Brasileira**

O papel da saúde nas relações exteriores e nos assuntos globais aumenta, progressivamente. Temas como comércio, segurança, epidemia e temores de terrorismo biológico são crescentes. A saúde, agora, é parte integrante das cúpulas do G8, da Assembleia Geral da ONU, das estratégias de redução da pobreza.

Kickbusch e Berger, (2010: p. 21) trazem a interpretação de Alcazar (2008: p. 11):

(...) a globalização tira a saúde da relativa obscuridade em que se encontrava, em especial nos países em desenvolvimento, e a leva para a primeira página, onde é destacada não como a saúde que conhecemos, mas como saúde global, que ainda estamos batalhando para definir, em combinação com a política externa.

Além disso, Kickbusch e Berger (2010: p. 21) traduzem o pensamento de Fidler (2007: p. 53) da seguinte forma:

Historicamente, a saúde pública tem sido, sobretudo, uma questão de política doméstica, mas os desenvolvimentos ocorridos na última década forçaram os especialistas em saúde pública e os diplomatas a pensarem em saúde como política externa, isto é, saúde pública como questão importante para a busca dos países pelos seus interesses e valores nas relações internacionais.

As funções tradicionais da política externa estão cada vez mais amplas diante das novas realidades. Para Fidler, as funções da política externa, em ordem decrescente, em termos de princípios governamentais são: (i) garantir a segurança nacional, (ii) proteger o poder econômico e o bem-estar nacional, (iii) fomentar o desenvolvimento de regiões e áreas rurais de importância estratégica e (iv) dar suporte à dignidade humana (Fidler, 2007).

A saúde pública, ao longo do século 20, era classificada como questão de desenvolvimento ou de dignidade humana, ainda com poucas implicações políticas. Entretanto, desde o Pós-Segunda Guerra Mundial, fortaleceu-se a percepção de que as questões em saúde são públicas, transcendem as fronteiras nacionais, não são restritas a propósitos comerciais e requerem ações de alcance global. Essas questões possuem implicações econômicas, sociais e políticas, fazendo da saúde, especialmente a partir dos anos 90, um tema proeminente na condução das relações internacionais. Por exemplo, na função de segurança nacional, a saúde se manifestou sob a forma de ameaças de proliferação de armas biológicas e do bioterrorismo. Os debates sobre o impacto do comércio internacional e dos investimentos na saúde pública, ademais, demonstram a importância da saúde pública na defesa dos interesses econômicos. “A tradicional noção de que ‘riqueza leva à saúde’ foi contestada pelo argumento de que ‘saúde leva à riqueza’” (Kickbusch & Berger, 2010: p. 22).

O tema saúde permite uma fácil identificação da dimensão da segurança nacional da política externa. No plano doméstico, quando a gravidade e a expansão de doenças começam a ameaçar a estabilidade política, estimulando rivalidades culturais e

identitárias, surge o temor, nos países vizinhos, de que o conflito adquira dimensões regionais. Nesse sentido, a intervenção estrangeira, em forma de assistência humanitária ou doações financeiras, em países vítimas de epidemias é associada a três principais temores: a) expansão dos conflitos para além das fronteiras nacionais e de forma a prejudicar o comércio e o crescimento econômico na região; b) realização de atividades terroristas, estimuladas pela pobreza e; c) demanda por custosas e complexas operações militares (Labonté & Gagnon, 2010)<sup>35</sup>. Uma segunda perspectiva na qual os Estados acionam os seus mecanismos de segurança nacional está na contenção de doenças infecciosas e do bioterrorismo. As reformas sanitárias e a introdução de vacinas e antibióticos são alguns dos eventos do século 20 que reduziram a incidência de doenças infecciosas tradicionais, em países desenvolvidos. No entanto, a interdependência iniciada nos anos 90 reafirma o temor da transmissão global de patologias, o que aumenta a atenção política e o volume de recursos financeiros para questões de saúde global.

No mundo globalizado, a saúde não pode mais permanecer puramente nacional. A interdependência entre os países criou a sua própria dinâmica, e a saúde é um elemento essencial. A política externa e a diplomacia oferecem importantes ferramentas para lidar com a crescente interdependência e, assim, atuam como extensões das iniciativas da política nacional. Ao fazer uso dessas ferramentas para reorientar as políticas externas relativas à saúde de maneira a alinhar o interesse nacional com o diplomático, as realidades epidemiológicas e éticas de um mundo globalizado podem, portanto, contribuir de maneira substancial para a proteção e a promoção da saúde global (Kickbusch & Berger, 2010).

Segundo Fidler (2007), a relação da saúde com a política externa ocorre, por exemplo, a partir do momento em que prejuízos econômicos são causados por epidemias e pandemias no mundo globalizado; há tensões entre os Estados que exportam produtos prejudiciais à saúde e aqueles que importam esses produtos e tentam mitigar seus efeitos nas populações, bem como quando há controvérsias sobre os efeitos da abertura ao mercado nos sistemas de saúde, conforme comentam Kickbusch e Berger (2010). Nesses casos, é o comércio, a dimensão de política externa que dialoga com as questões da saúde

---

<sup>35</sup> [Em linha]. Disponível em <<https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1744-8603-6-14.pdf>>. [Consultado em: 02/02/2020].

global. Na interação entre saúde e comércio, as diferenças de poder entre os Estados são bastante visíveis. O comércio global pode apresentar regras que atendam, majoritariamente, aos interesses dos países desenvolvidos, ao mesmo tempo que é capaz de estimular o crescimento, a integração do mercado e, eventualmente, contribuir para a redução da pobreza.

A relação da saúde com vários aspectos da política externa é algo estrutural da formulação das agendas diplomáticas. A globalização, contudo, reafirmou essa articulação de forma significativa, oferecendo novos atores, mecanismos e espaços de relacionamento. Como uma questão de política externa, a saúde deixou de ser uma preocupação humanitária ocasional e passou a ser uma questão estratégica da diplomacia (Fidler, 2009). É importante discutir sobre saúde em fóruns globais, desenvolver e apoiar projetos duradouros na área e contribuir para abordagens inovadoras no combate a doenças, de modo a tratar a saúde de maneira formal e estratégica.

Ilustrando o envolvimento do Brasil no debate global sobre saúde e política externa, um documento de significativa relevância para o fortalecimento da relação entre essas áreas foi assinado, em Oslo, na Noruega, em 2007, envolvendo, além do Brasil, os ministros de Relações Exteriores da França, Indonésia, Noruega, África do Sul, Tailândia e Senegal. Na Declaração de Oslo, os ministros defendem a saúde como um tema de política externa e de importância fundamental para a agenda do desenvolvimento.

A declaração afirma que, na era da globalização e interdependência crescente entre os países, é urgente a necessidade de ampliação da agenda da política externa, o que exige novos mecanismos, parcerias e paradigmas de cooperação. Nesse sentido, os diplomatas reconhecem que a saúde está relacionada com outras questões globais, como meio ambiente, direitos humanos, segurança nacional, comércio, desenvolvimento social e crescimento econômico e, assim, assumem os compromissos de estimular a cooperação bilateral regional e multilateral para a segurança em saúde global, fortalecer a saúde como elemento fundamental das estratégias de desenvolvimento e de combate à pobreza e garantir a prioridade da saúde diante das questões de comércio, entre outros. Como grandes benefícios do estreitamento da relação entre saúde e política externa, a

Declaração aponta o fortalecimento do diálogo entre os países e o aumento da confiança entre eles (*Health Policy*, 2007).

O Ministério da Saúde (MS) tem um papel primordial nas relações da política externa brasileira. O MS tem uma responsabilidade dupla: promover a saúde do país e fomentar os interesses em saúde da comunidade global. Ademais, os atores envolvidos na cooperação brasileira em saúde são diversos, cada um deles aportando seus valores e sua cultura institucional. Entre os órgãos vinculados ao MS, destacam-se: a Assessoria Internacional do Ministério (Aisa-MS), que será aprofundada posteriormente; o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmitidas e Aids (PN-DST-Aids); o Instituto Nacional do Câncer (Inca); a Fundação Nacional da Saúde (Funasa); a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Do lado do Ministério das Relações Exteriores (MRE), destaca-se a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), que responde pela negociação, pela coordenação e pelo seguimento do conjunto dos projetos de cooperação técnica.

### **3.3 Cooperação Técnica Brasileira em Saúde**

No Brasil, a área da saúde é uma das mais demandadas para cooperar, sendo tema predominante na agenda de cooperação técnica internacional, tanto no âmbito bilateral quanto no multilateral. O Brasil, pela grande *expertise* em temas relacionados à saúde e a dinâmica parceria desenvolvida entre o Ministério das Relações Exteriores (MRE) e o Ministério da Saúde (MS), é um dos principais difusores da cooperação técnica em saúde, no mundo. E como os países em desenvolvimento demandam muita cooperação na área da saúde, o Brasil é um grande prestador de cooperação técnica nessa área.

Os trâmites necessários para que o Brasil aceite um pedido de cooperação técnica foram detalhados no Capítulo I desta dissertação. Entretanto, somente a título de revisão, um pedido de cooperação deve ser precedido por um Acordo Básico de Cooperação Técnica. O país solicitante deve enviar ao Brasil um pedido oficial de cooperação técnica por meio dos postos diplomáticos brasileiros ou das representações estrangeiras em

Brasília. Ao receber o pedido, o Governo brasileiro, por intermédio da ABC, consulta instituições públicas e privadas brasileiras com *expertise* na área demandada, para verificar a disponibilidade e o interesse em compartilhar seu conhecimento técnico. Na área da saúde, geralmente, a primeira instituição a ser consultada é o Ministério da Saúde.

O MS tem sido solicitado a cooperar, internacionalmente, nos dois âmbitos – Norte-Sul e Sul-Sul. A cooperação técnica é mais prestada do que a cooperação científica e tecnológica, podendo ser dito que o MS costuma receber mais do que prestar<sup>36</sup>. Além disso, as demandas de cooperação recebidas pelo MS variam de acordo com a área geográfica e com as necessidades de cada país, tanto que, para facilitar a logística, a Assessoria Internacional é dividida por temas e por áreas geográficas.

Segundo a ABC, por meio da cooperação técnica com Organismos Internacionais e países desenvolvidos, a parceria entre o MRE e o MS proporcionou a modernização das instituições de saúde brasileiras, que hoje estão habilitadas a transferir conhecimentos técnicos às instituições dos países em desenvolvimento. Tal é a importância dessa parceria, que, em junho de 2005, foi assinado entre o MRE e o MS o Protocolo de Intenções, com o objetivo de atender às crescentes demandas de cooperação técnica na área da saúde.

Em quase todos os países, o Ministério da Saúde, ou a entidade responsável pela saúde pública, tem uma particularidade, quase óbvia, de ocupar-se da saúde das populações. No Brasil, ocorre o mesmo, sendo o MS o principal parceiro da ABC para a realização de projetos de cooperação, na área da saúde. Segundo a ABC, a cooperação técnica na área da saúde promovida pelo MS permite ao Brasil desenvolver, no continente africano e na América Latina, ações nas áreas da Doença Falciforme, Malária, HIV-Aids, Sistema Único de Saúde, Nutrição, Bancos de Leite Humano, Vigilância Ambiental em Saúde, Vigilância Epidemiológica, Geminação de Hospitais, Fármacos e Imunobiológicos.

---

<sup>36</sup> [Em linha]. Disponível em <[http://www.abc.gov.br/intranet/Sistemas\\_ABC/siteabc/documentos/viaABC-baixa.pdf](http://www.abc.gov.br/intranet/Sistemas_ABC/siteabc/documentos/viaABC-baixa.pdf)>. [Consultado em 10/02/2021].

Dentro do Ministério da Saúde, as ações internacionais são coordenadas pela Assessoria de Assuntos Internacionais (Aisa), com vista a um melhor aproveitamento dessas ações no cenário internacional. O objetivo da Aisa é conciliar, de maneira harmônica, as Políticas Nacionais de Saúde e a Política Externa Nacional e, assim, evitar a dispersão de esforços técnicos. É importante destacar que a cooperação internacional em saúde tem servido para fortalecer e legitimar as políticas implementadas internamente no Brasil, uma vez que as demandas pela cooperação brasileira significam um reconhecimento das boas práticas e experiências exitosas implementadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>37</sup>

A Aisa considera que a cooperação técnica é um importante instrumento de promoção das relações exteriores e de apoio ao seu desenvolvimento. É por meio dos programas e projetos de cooperação técnica que o Brasil transfere, não comercialmente, experiências e conhecimentos bem-sucedidos e de caráter técnico para outros países. Os projetos de cooperação técnica não preveem a transferência de recursos financeiros, abrangem apenas atividades de consultoria, formação de técnicos e multiplicadores, treinamento e transferência de tecnologia/conhecimento e, em casos específicos, pode haver a aquisição de equipamentos. Portanto, não há transferência direta de recursos financeiros ao país parceiro, mas sim compartilhamento de conhecimentos e experiências bem-sucedidas no Brasil.

O Brasil, como difusor da cooperação Sul-Sul, usa a cooperação internacional como um instrumento de sua política externa, de base pacífica e diplomática. A cooperação internacional em saúde atua como instrumento de: promoção do desenvolvimento nacional e redução de iniquidades; diminuição de atritos, apaziguamento de conflitos e fortalecimento dos laços de amizade entre os países; e fortalecimento da inserção do Brasil no cenário regional e internacional<sup>38</sup>.

A cooperação técnica internacional em saúde faz parte, portanto, da agenda da política externa brasileira como um instrumento voltado para promover a inserção do país

---

<sup>37</sup> O Sistema Único de Saúde (SUS) é o modelo adotado pelo Brasil para planejamento e execução de ações e serviços visando à promoção, proteção e recuperação da saúde. O SUS foi criado pela Constituição Federal, em 1988 (Brasil, 2016: 119, § 198).

<sup>38</sup> [Em linha]. Disponível em <[http://www.abc.gov.br/intranet/Sistemas\\_ABC/siteabc/documentos/viaABC-baixa.pdf](http://www.abc.gov.br/intranet/Sistemas_ABC/siteabc/documentos/viaABC-baixa.pdf)>. [Consultado em 10/02/2020]

no cenário externo. Ao longo dos anos, o Brasil tem expressado anseios de maior participação na condução da política global, marcando mais fortemente a sua presença, especialmente em organizações internacionais. A cooperação técnica internacional na área da saúde é um exemplo dessa intenção. De acordo com a ABC, o Brasil dissemina, por meio da cooperação técnica, modelos de desenvolvimento, não somente na área da saúde, mas em todas aquelas áreas em que desenvolve projetos que o país vem pondo em prática internamente. Modelos de cooperação técnica exitosos são oferecidos a outros países, de forma pacífica, livre de qualquer tipo de preconceito, e sempre privilegiando a inclusão social. As atividades de cooperação vêm crescendo à medida que avançam a própria economia brasileira e a importância do país no cenário internacional.

A cooperação brasileira prestada na área da saúde é diversa, resultado principalmente das chamadas “demandas de balcão”, ou seja, aquelas demandas que o país normalmente recebe ou nas quais possui *expertise* em compartilhar o conhecimento, por exemplo, em doenças como malária e HIV-Aids. As chamadas “demandas de balcão”, por um lado, são exitosas, pois a cooperação pode ser enfocada diretamente na solução do problema, uma vez que o Brasil possui conhecimento técnico suficiente para ser compartilhado. Porém, por outro lado, podem ser somente ações pontuais ou projetos de curta duração, causando problema na qualidade na disseminação dos conhecimentos.

No que tange às dificuldades enfrentadas pela cooperação brasileira em saúde, é necessário o aperfeiçoamento da coordenação dos vários atores que participam da cooperação brasileira setorial, que ainda trabalham de forma dispersa e descoordenada, pois é comum encontrar missões atuando, simultaneamente, no mesmo país, na mesma temática, sem que uma missão conheça o que a outra faz. Portanto, a falta de informação e de coordenação da cooperação internacional, embora essa tenha o objetivo de contribuir para a solução de um problema local, causa um desperdício de tempo, dinheiro e mão de obra especializada. Essas dificuldades não são próprias da ABC, mas sim da cooperação internacional como um todo. Existem dificuldades relacionadas a programas de ajuda que dificilmente estão alinhados com as políticas nacionais em curso: problemas com diversos doadores que raramente coordenam ou pelo menos articulam suas ações; problemas com custos de transação; e a proliferação de uma enorme burocracia internacional – fatores que consomem parte substantiva da ajuda disponível. Essa falta de gerenciamento,



conhecimento e coordenação geral da cooperação internacional a torna morosa, improdutiva e desordenada.

Segundo a ABC, a cooperação técnica internacional em saúde apresenta um caráter humanitário, pois o intercâmbio entre os países, nesse domínio, é claramente necessário para solucionar problemas de grande impacto social. Ademais, as questões relacionadas à saúde não respeitam as fronteiras políticas entre os países. Na verdade, elas as ultrapassam, pois afetam a humanidade no seu todo. Seguindo essa linha de raciocínio, as soluções também precisam ser abrangentes, a fim de que alcancem o maior número de pessoas, em todos os quadrantes do globo.

Pode-se concluir que um país tende a se preocupar, de início, com os problemas de saúde da sua própria população, sendo que a prestação de cooperação técnica a outros países vem como decorrência. A princípio, a postura dominante é que a cooperação se baseie em certa supremacia no domínio da ciência e da tecnologia, o que pode, em leitura apressada, soar arrogante. A verdade, porém, é que soluções domésticas em saúde desenvolvidas pelo Brasil também tendem a ser úteis a outros países, com realidades e contextos semelhantes, nada impedindo o seu compartilhamento. Portanto, a cooperação técnica brasileira se baseia no intercâmbio de experiências bem-sucedidas e, primeiramente, testadas internamente e, depois, compartilhadas com outros países com realidades históricas e desafios semelhantes.

Este trabalho tem como escopo apresentar um projeto de cooperação Sul-Sul entre Brasil e África, na área da saúde, mais especificamente no tema da doença falciforme. Como o Brasil possui *expertise* nessa área, isto é, já possui experiência interna bem-sucedida em diagnosticar e atender pacientes com doença falciforme, ele é capaz de compartilhar conhecimentos técnicos e capacitar profissionais na análise e no tratamento dessa doença em outros países com realidades e desafios semelhantes aos enfrentados pelos brasileiros. Entretanto, para entender o desenvolvimento desse projeto dentro da dinâmica da cooperação técnica brasileira, é fundamental, primeiramente, conhecer o conceito e a origem da doença falciforme, o que será feito a seguir.

### 3.4 Doença Falciforme: Definição e Origem

A doença falciforme (DF) é uma condição genética e hereditária, e sua ocorrência é muito comum no mundo (Brasil, 2012). A principal característica da doença falciforme é a alteração do glóbulo vermelho do sangue. Os glóbulos vermelhos são células flexíveis e arredondadas presentes no nosso sangue. Essa forma permite que eles transitem facilmente por todos os vasos sanguíneos do corpo. Dentro dessas células, existe um pigmento chamado hemoglobina (Hb), que dá a cor vermelha ao sangue e transporta oxigênio para todos os tecidos e órgãos.

A maioria das pessoas recebe de seus pais hemoglobina tipo A (HbA); essas pessoas são identificadas como AA e não têm a doença. A anemia falciforme ocorre por causa da mutação do gene que produz a hemoglobina A; essa mutação origina outro tipo de hemoglobina, denominada S (HbS)<sup>39</sup>. As pessoas com doença falciforme recebem, tanto do pai quanto da mãe, a hemoglobina tipo S. Elas são identificadas como SS. Os glóbulos vermelhos dessas pessoas, em determinados momentos, podem ficar no formato de foice ou meia-lua. São mais rígidos e têm dificuldades para passar pelos vasos sanguíneos, dificultando a circulação do sangue. Há outras hemoglobinas mutantes, as quais são classificadas como C, D, E, e assim por diante.

Conforme a publicação do MS, *Doença Falciforme – A Experiência Brasileira na África: História de Um Esforço de Cooperação – 2006-2010*:

Quando essas hemoglobinas mutantes fazem par com a HbS, está-se diante de hemoglobinopatias, genericamente denominadas de doenças falciformes. As mais conhecidas são anemia falciforme (HbSS), S/beta talassemia (S/β Tal.), as doenças SC, SD, SE, existindo outras mais raras. Apesar das particularidades que distinguem essas doenças, e dos variados graus de gravidade que apresentam, todas têm manifestações clínicas e hematológicas semelhantes e são tratadas com as mesmas condutas (Brasil, 2012: p. 13).

Em linhas gerais, os principais sintomas da doença falciforme são:

---

<sup>39</sup> Denominação que vem do inglês *sickle* (foice). As hemácias das pessoas com Doença Falciforme sofrem alterações que modificam sua forma (adquirem a forma de uma foice ou meia-lua) e as tornam mais rígidas, dificultando sua passagem pelos vasos sanguíneos e comprometendo a circulação sanguínea e a oferta de oxigênio aos tecidos.

- Anemia crônica: causada pela rápida destruição dos glóbulos vermelhos. O indivíduo com doença falciforme apresenta anemia desde o nascimento.
- Icterícia: cor amarelada na pele e mais visivelmente no “branco dos olhos”.
- Síndrome mão-pé: “inchaço” muito doloroso na região dos punhos e tornozelos. São mais frequentes até aos dois anos de idade.
- Crises dolorosas: principalmente em ossos, músculos e articulações, que ocorrem quando há obstrução de pequenos vasos pelas células falciformes e podem ser desencadeadas por infecção, desidratação, exposição ao frio ou esforço físico intenso. A maior incidência de infecções é a principal causa de morte nos primeiros cinco anos de vida (Brasil, n.d.).

Figura 1 – Principais sintomas da doença falciforme



Fonte: Elaborada pela autora, com base no documento da Anvisa *Doença Falciforme – Manual do Agente de Saúde* (n.d.).

Nos adultos, além das crises dolorosas, podem ocorrer complicações em vários tecidos ou órgãos, tais como: coração, pulmões, olhos, rins, pele etc. A doença falciforme tem como característica uma grande variedade clínica, ou seja, há indivíduos que

apresentam poucos sintomas e poucas complicações da doença e indivíduos nos quais a doença é grave desde o nascimento, com risco de morte antes mesmo de 5 anos de idade. Essa variação se deve a fatores genéticos e fatores adquiridos ou ambientais, como o nível socioeconômico, condições de higiene e alimentação, prevenção de infecções e de assistência médica.

Existe, além da doença falciforme, o traço falciforme, que é quando a criança recebe de um dos pais o gene da hemoglobina A e do outro o gene da hemoglobina S – ela é identificada como AS ou traço falciforme. Nesse caso, ela não desenvolverá a doença, na maioria das vezes não há sintomas e a qualidade e expectativa de vida é semelhante à população normal. No entanto, é importante saber se a pessoa tem o traço falciforme, pois se ela se unir a outra pessoa com o traço, existe a possibilidade de o casal ter filhos com doença falciforme. Todo portador do traço falciforme tem o direito de receber orientações sobre a sua situação genética (Brasil, 2014).

O diagnóstico se dá de duas maneiras:

- Teste do pezinho: é necessário realizar este exame na primeira semana de vida da criança. Esse teste pode identificar a presença da Doença Falciforme, do Traço Falciforme e também do hipotireoidismo congênito e da fenilcetonúria.
- Outros exames: crianças e adultos que não fizeram o teste do pezinho devem fazer teste de triagem, afoçamento ou prova de falcização. Em caso positivo, a doença será confirmada por eletroforese da hemoglobina.

O tratamento do paciente com doença falciforme é baseado, principalmente, na prevenção das situações que levam à modificação da forma das hemácias. É importante manter o calendário de vacinas em dia e agir rapidamente no tratamento de infecções, além de evitar atividades físicas muito intensas. Para tratar as crises de dor já instaladas são utilizados hidratação e analgésicos, administrados em casa ou em unidade de saúde, dependendo da gravidade. Para as demais complicações, o paciente deve procurar prontamente o serviço de saúde na presença dos sinais e sintomas iniciais. Dessa forma, o paciente deve ser bem instruído no sentido do autocuidado, para que conheça a doença

e possa evitar as situações de risco e reconhecer os sinais iniciais das complicações mais comuns, procurando o serviço de saúde o mais rapidamente possível (Brasil, 2014).

O gene que determina a doença falciforme tem origem há milhares de anos, predominantemente no continente africano (Kikuchi, 2007). Por ocasião do tráfico de pessoas escravizadas e dos processos recentes de emigração, o gene HbS pode ser achado em todos os continentes. Em decorrência desse histórico, a doença ficou conhecida como “doença de negros”.

Atualmente, a doença falciforme tem significativa incidência na Ásia e Europa, em torno do Mediterrâneo, por causa da proximidade com a África. Também são expressivas as estatísticas da doença em países como a Arábia Saudita e a Índia. Portanto, é uma doença que acomete, principalmente, indivíduos de ascendência negra ou afrodescendentes. É importante ressaltar que essa doença não é exclusiva da raça negra, há pacientes da raça branca com anemia falciforme.

## CAPÍTULO IV – ESTUDO DE CASO: SENEGAL

Figura 2 – Mapa de Senegal



Fonte: *Doença Falciforme – A Experiência Brasileira na África: História de Um Esforço de Cooperação – 2006-2010* (Brasil, 2012).

#### 4.1 Antecedentes

Sendo o foco desta dissertação analisar o projeto de cooperação técnica Sul-Sul entre Brasil e Senegal na área da doença falciforme, o que se pretende é analisar esse projeto sob a ótica da cooperação Sul-Sul desenvolvida pela ABC, que tem como base o *Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul*<sup>40</sup> (Brasil, 2013) para a elaboração dos seus projetos. Esse Manual é fundamentado na literatura técnica contemporânea sobre metodologias de gestão da cooperação para o desenvolvimento, bem como na aplicação dos princípios e práticas adotados pelo Brasil. Esta dissertação verifica se o Brasil, por meio da Agência Brasileira de Cooperação, seguiu as orientações padronizadas do Manual, tanto na base conceitual da cooperação Sul-Sul brasileira quanto em termos metodológicos para a elaboração do Projeto de Cooperação Técnica entre o Brasil e Senegal<sup>41</sup>.

Desde a criação da ABC, a metodologia de elaboração de projetos dessa instituição foi sendo atualizada, portanto, a metodologia de gestão da cooperação utilizada para a elaboração do Projeto de Cooperação Técnica entre o Brasil e Senegal<sup>42</sup>, em 2009, não é exatamente igual à metodologia utilizada, atualmente, pela ABC. Nesse sentido, neste capítulo serão marcados em negrito os principais conceitos da cooperação Sul-Sul utilizadas pela ABC e que foram reconhecidos na formulação da cooperação com o Senegal. Posteriormente, a Estrutura Lógica do projeto será apresentada fazendo-se uma comparação entre o que foi escrito no momento da elaboração do projeto, em 2009, com o que é praticado atualmente, por intermédio do Manual da ABC.

Necessariamente, será apresentado um histórico do surgimento dessa cooperação entre Brasil e Senegal, na área da doença falciforme. E, a seguir, serão detalhados os antecedentes que levaram à assinatura do Projeto com o Senegal. Neste último capítulo,

---

<sup>40</sup> A partir desse momento, a autora desta dissertação utilizará somente a palavra “Manual” para se referir ao *Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul*.

<sup>41</sup> No Capítulo I desta dissertação, foram detalhados todos os passos a serem seguidos, de acordo com o *Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul* da ABC, para a elaboração de um projeto de cooperação Sul-Sul dessa Agência. Não se pretende, nesse item detalhá-los novamente, mas descrever todos os fatos que antecederam a assinatura do Projeto de Cooperação Técnica entre Brasil e Senegal.

<sup>42</sup> A partir desse momento, a autora irá utilizar “Projeto com o Senegal” para se referir ao Projeto de Cooperação Técnica entre o Brasil e Senegal.

a autora desta pesquisa valeu-se de duas referências principais, além da sua própria experiência e vivência pessoal, como analista de projetos da ABC, e de entrevistas livres realizadas com o coordenador da Coordenação-Geral de África e Ásia, Sr. Nelci Caixeta, que esteve à frente do Projeto com o Senegal. A primeira referência é a publicação do Ministério da Saúde: *A Experiência Brasileira na África – História de Um Esforço de Cooperação 2006-2010* (Brasil, 2012). E a segunda referência é o *Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul*, da ABC (Brasil, 2013).

Além do Senegal, outros países africanos já firmaram projetos de cooperação técnica com o Brasil nessa temática, dentre eles Gana, Guiné-Bissau, Angola e Benim. A escolha do Senegal se deu em razão de ter sido o primeiro país a assinar um acordo de cooperação técnica com o Brasil em doença falciforme. Por ser o pioneiro em cooperação técnica com o Brasil, o Senegal “abriu portas” para que outros países africanos também solicitassem cooperação nessa temática.

O Brasil é referência de boas práticas ao se tratar de doença falciforme. Entretanto, esse domínio da medicina é muito específico, de reduzido conhecimento para não especialistas e envolve complexidade não apenas científica, mas social e política em relação ao seu público-alvo. Apesar de todas essas adversidades, o Brasil possui *expertise* na área, porém, esse reconhecimento é recente, foi conquistado aos poucos e com base na prática, à medida que as ações empregadas resultaram positivas. A partir de resultados positivos obtidos internamente, começou-se a pensar no quanto essa experiência positiva – pelas próprias características da doença e do seu público-alvo, assim como das suas origens históricas – poderia ser útil a outros países, em especial aos da África.

A história da cooperação em doença falciforme partiu de inquestionável manifestação de vontade política do governo brasileiro<sup>43</sup>. Com a eleição, em 2003, do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, ficou evidente que a aproximação com os países da África seria uma prioridade, tendo como fundamento não apenas a solidariedade internacional, como também o fato de o Brasil ter uma imensa dívida social, cultural e econômica com o continente africano. Logo depois de ter sido eleito, o primeiro discurso

---

<sup>43</sup> Ver: *Doença Falciforme – A Experiência Brasileira na África: História de Um Esforço de Cooperação 2006-2010* (Brasil, 2012).



do presidente Lula enunciou três temas com relevância para essa dissertação: (i) o combate à fome e à pobreza e a promoção ao desenvolvimento social; (ii) a exaltação ao trabalho da ONU; e (iii) o desejo de reforçar as relações entre o Brasil e a África. Nas relações com a África o presidente enfatizou<sup>44</sup>:

Reafirmamos os laços profundos que nos unem a todo o continente africano e a nossa disposição de contribuir ativamente para que ele desenvolva as suas enormes potencialidades (Brasil, 2008: p. 15).

O início da cooperação técnica entre Brasil e Senegal, na área da doença falciforme, foi em 2006, quando a então primeira-dama brasileira Marisa Leticia Lula da Silva recebeu um convite para participar de um seminário realizado em Dacar, Senegal. Nesse evento se reuniram primeiras-damas africanas e de outros continentes, para discutir estratégias de combate à DF. Por circunstâncias alheias à sua vontade e que não puderam ser transpostas, ela não pôde comparecer ao seminário, mas foi representada pela médica Joice Aragão de Jesus (Brasil, 2012).

O seminário também contou com a participação de especialistas africanos e de vários outros países, com o propósito de analisar o quadro de incidência da DF no continente e traçar estratégias para o seu combate. A estratégia adotada era “Educação para a Prevenção”. Entretanto, em se tratando de DF ou qualquer outra doença genética faz-se necessário definir o que seja essa estratégia, pois essa expressão constitui um conceito muito forte. Sendo a DF uma doença genética, ela só pode ser prevenida pelo impedimento da procriação de pessoas com genes da doença. A solução, portanto, estaria em impedir que nascessem pessoas com traço falciforme.

A representante brasileira ouviu esses pontos de vista, mas na sua exposição abordou, sem subterfúgios, a contradição, explicando que a política brasileira não se baseava no combate por meio da redução de nascimentos. A posição do Brasil estava na concentração de esforços na atenção e no cuidado dos afetados pela doença. E explicou que expressões como “combate” ou “luta contra” não eram pertinentes na política pública

---

<sup>44</sup> *Discursos Seleccionados do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva*. [Em linha]. Disponível em<[http://www.funag.gov.br/loja/download/505-discursos\\_seleccionados\\_lula.pdf](http://www.funag.gov.br/loja/download/505-discursos_seleccionados_lula.pdf)>. [Consultado em 25/02/2021].

adotada para a DF, não se praticando o Brasil a chamada “Educação para a Prevenção” com o significado que lhe era atribuído naquele momento.

A política em DF adotada no Brasil é de proteção à pessoa e assistência integral no tratamento da DF, visando à prevenção de intercorrências e, com isso, reduzindo a morbimortalidade. Além disso, quanto aos direitos humanos, o que está explícito na Constituição Federal é o direito à vida, não se permitindo ao poder público qualquer impedimento à procriação, por questões de saúde ou qualquer outra razão. A única exceção é a interrupção da gravidez em caso de risco de morte para a mãe. A DF no Brasil tem como cerne a utilização de políticas públicas voltadas para tratar a doença e melhorar as condições de vida das pessoas do grupo populacional por ela atingido.

Apesar de todos os cuidados, o discurso brasileiro acabou provocando perceptível mal-estar, inclusive com repercussão na mídia local. A reunião deveria produzir um documento com propostas, devidamente assinado pelas primeiras-damas e francamente favorável à “Educação para a Prevenção”. Diante dessa situação, a representante do Brasil buscou ajuda da embaixada brasileira no Senegal e foi instruída a manter firme a posição brasileira. Foi proposto, então, um novo momento para a discussão com o Senegal, de forma mais aprofundada, sobre a temática da DF.

Esse primeiro momento, que antecedeu a cooperação técnica propriamente dita entre Brasil e Senegal, foi importante para que ambos os países refletissem com mais profundidade sobre os desafios da cooperação técnica num tema sensível como a saúde. Apesar das diferenças iniciais de entendimento quanto à matéria, não houve desentendimentos de qualquer dos lados – o brasileiro e o senegalês – no desenrolar da cooperação. Pelo contrário, de acordo com Katia Gilaberte, embaixadora do Brasil no Senegal, percebeu-se que o Brasil seria o parceiro perfeito para apoiar o Senegal no desenvolvimento de seu próprio modelo de tratamento da doença, acentuando, mais tarde, que a posição inicialmente adotada pelo Brasil no trato da doença foi “técnica e eticamente boa” (Brasil, 2012: p. 44).

Em 2007, foi possível articular uma nova missão brasileira, com o objetivo de entender o sistema senegalês de assistência à saúde e conhecer os locais de maior incidência de DF naquele país, assim como as práticas de tratamento. Essa segunda

missão também foi chefiada pela médica Joice Aragão de Jesus, que passou a ser a principal representante internacional em DF, para efeito da cooperação técnica. A médica brasileira não se limitou a ouvir informações sobre o programa senegalês de saúde, mas procurou aprofundar o seu olhar técnico, desenvolvendo comparações entre os dois programas. Todos os subsídios que reuniu lhe propiciaram concluir, com segurança, ainda que de forma tênue, uma imposição pela supremacia dos procedimentos brasileiros e que a adoção pelos senegaleses seria um progresso significativo para aquele país. Essa imposição poderia constituir um ponto deliciado, baseado nas boas intenções do Brasil, que oferecia ao país estrangeiro um novo sistema fundamentado na supremacia técnica e científica. Entretanto, a cooperação na área da saúde fomenta a melhoria da vida humana, e esse viés humanitário só fez aumentar a confiança na possibilidade de sucesso da cooperação técnica entre Brasil e Senegal.

Essa linha de pensamento, de certa maneira romântica, necessitaria de um estudo mais aprofundado, contudo, o fato de a oferta brasileira embutir aspectos altamente benéficos para a contraparte senegalesa fez “negligenciar” esse estudo mais aprofundado<sup>45</sup>. O Senegal acabou por entender a boa vontade brasileira, não questionando como pressuposto analítico a sujeição das relações internacionais ao interesse político. Percebeu-se

(...) na convivência com os técnicos e com a equipe política da área de saúde ligados à DF, um claro interesse em cuidar dos doentes, não importando sua origem ou nacionalidade. Pode-se considerar tal interesse humanitário como um traço cultural da equipe brasileira coordenadora da política nacional em DF (Brasil, 2012, p: 46).

De acordo com o médico hematologista da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Paulo Ivo Cortez, a cooperação técnica entre os dois países constitui uma demanda legítima do povo, ao contrário de mero objeto de ação governamental. Para o médico, essa cooperação é também a filosofia que embasa o modelo que o Brasil busca levar em seus projetos de cooperação internacional em DF. Assim tem sido, desde o início nas atividades implementadas, como se verá a seguir na formulação do projeto de cooperação técnica com o Senegal (Brasil, 2012).

---

<sup>45</sup> Não é interesse desta dissertação aprofundar e questionar a boa intenção dos intercâmbios promovidos pela cooperação técnica.

## 4.2 Projeto de Cooperação Técnica com o Senegal – Base Conceitual

Quadro 3 – Dados gerais sobre o Senegal<sup>46</sup>

Dados sobre o país	
NOME OFICIAL	República do Senegal
CAPITAL	Dacar
ÁREA	196.720 km <sup>2</sup>
POPULAÇÃO (2008)	12,2 milhões
IDIOMA	Francês
PRINCIPAIS RELIGIÕES	Islamismo e tradicionais africanas
SISTEMA POLÍTICO	República unitária
CHEFE DE ESTADO	Presidente Abdoulaye Wade (desde abril/2000)
CHEFE DE GOVERNO	Primeiro-ministro Souleyman Ndéné Ndiaye (desde abril/2009)
EMBAIXADOR EM BRASÍLIA	Fodé Seck
EMBAIXADORA EM DACAR	Katia Gilaberte, até 2010
PIB (2008)	US\$ 13,3 bilhões
PIB <i>per capita</i> (2008)	US\$ 1.090

Fonte: *Doença Falciforme – A Experiência Brasileira na África: História de um Esforço de Cooperação – 2006-2010* (Brasil, 2012: p. 49).

O Acordo de Cooperação Técnica entre Brasil e Senegal em DF foi assinado em 2009. Mas, antes dessa data houve negociações e missões paralelas para que, finalmente, se concretizasse o Apoio ao Programa de Doença Falciforme no Senegal. A cooperação entre os dois países teve início com a ida de uma representação brasileira ao Senegal para participar de seminário sobre DF, como já foi mencionado. Em novembro de 2007, foi realizada uma segunda visita ao Senegal, **prontamente organizada aos moldes da ABC**,

<sup>46</sup> Embora se registre o francês como língua oficial do Senegal, a maioria da população fala o wolof, língua materna do país. De acordo com José Paz Rodrigues (2017) “No Senegal uns 32 milhões de pessoas (40 % da população) têm o ‘wolof’ como língua mãe, mesmo sendo o francês a língua oficial do país. Para outro 40 % da população o ‘wolof’ é um idioma adquirido, sendo a sua segunda língua. O ‘wolof’ domina toda a região entre Dacar e Saint Louis, mais ainda a Oeste e Sudoeste de Kaolack. Existe ademais o dialeto ‘Dacar-Wolof’, uma mistura urbana de ‘wolof’ com o francês, o inglês e o árabe, que se fala na capital Dacar. O ‘wolof’, no entanto, é usado em todas as capitais regionais do Senegal, e, nos locais onde convivem dois ou mais grupos étnicos, a língua veicular é o ‘wolof’”. [Em linha]. Disponível em <<https://pgl.gal/wolof-lingua-materna-do-senegal/>>. [Consultado em 27/04/2021].

pois já se configurava uma atividade de prospecção<sup>47</sup>. Nessa segunda visita, o objetivo era compreender as necessidades do Senegal em matéria de DF e capacitar técnicos senegaleses na atenção e cuidado da DF com vista à proposta de cooperação por parte do Brasil.

Geralmente, quando a ABC realiza uma visita de prospecção já é um indicativo de que o Brasil irá dar seguimento à demanda solicitada. As visitas de prospecção duram, normalmente, uma semana, como foi o caso dessa visita ao Senegal. A segunda visita também possibilitou maior aproximação entre os técnicos dos dois países, além do acompanhamento *in loco* da situação vigente no Senegal.

A ABC se deparou com um trabalho muito lento, árduo, que exigia muita atenção e trato delicado. Apesar da alta *expertise* em desenvolver projetos de cooperação Sul-Sul, a Agência constatou essa morosidade, mas não conseguiu atenuá-la de pronto, pela especificidade do tema e do seu impacto social, político e econômico. A ABC se defrontou com uma questão que fugia ao seu padrão de trabalho, e esse obstáculo ajudou a Agência a rever alguns pontos de vista já consolidados.

A cooperação Sul-Sul prestada pela ABC desde o primeiro momento da visita de prospecção se baseia no *Manual de Gestão de Cooperação Técnica*, com orientações padronizadas para a gestão de iniciativas de cooperação técnica Sul-Sul. Entretanto, a depender do tema, do país, dos atores envolvidos, do tempo disponível em cada reunião, **a cooperação tem que ser flexível**. E a prática, sobretudo em novas áreas de atuação, exige essa flexibilidade. Portanto, uma característica da cooperação Sul-Sul brasileira é essa capacidade de flexibilização, independentemente do tema da cooperação a ser desenvolvido.

Segundo o coordenador da Coordenação-Geral de África e Ásia (CGAA), Sr. Nelci Caixeta, que estava à frente dessa cooperação, em 2009, durante a missão de prospecção “**não existe certo ou errado**”. Segundo ele, o Manual deve ser utilizado como um guia norteador, mas cada cooperação, dependendo dos envolvidos na missão de

---

<sup>47</sup> Como elucidado no Capítulo I desta dissertação, a ABC organiza uma missão de prospecção ao país solicitante, de modo a entender o cenário e a demanda detalhadamente, para depois iniciar as tratativas de um novo projeto de cooperação técnica.

prospecção, segue o seu próprio fluxo. Os diferentes atores, os representantes das entidades dos países cooperantes e todas as pessoas que participam desse momento de prospecção são os responsáveis pelo fornecimento de informações para a formulação de um novo projeto de cooperação técnica.

O procedimento-padrão da ABC no Senegal previa uma primeira visita técnica de prospecção de dados. Entretanto, a área de saúde, que exige ampla prospecção – estudo das possibilidades e das situações de tratamento –, foge à regra. Ficou claro, portanto, que essa missão de prospecção levaria bem mais tempo do que as previsões pudessem supor, de modo a levantar todos os dados necessários para produzir verdadeira interação com o Senegal.

Nos debates entre as equipes técnicas brasileiras e senegalesas foram abordadas questões ainda em aberto na África, mas já solucionadas pelo Brasil, uma evidência das diferenças tecnológicas que precisaram ser enfrentadas. **A cooperação técnica Sul-Sul brasileira é justamente entendida como o intercâmbio horizontal** de conhecimentos e experiências originados nos países em desenvolvimento cooperantes. A ideia é compartilhar lições aprendidas e práticas exitosas disponíveis no Brasil, geradas e testadas para o enfrentamento a desafios similares ao desenvolvimento socioeconômico.

A equipe brasileira no Senegal, com notável **transparência** e sinceridade, chegou a declarar não saber como poderia cooperar de modo eficaz com o Senegal, em razão das diferenças existentes nos dois países, no trato da DF. Então, foi sugerido que fossem realizadas visitas técnicas de médicos senegaleses ao Brasil, como forma de nivelar as arestas e viabilizar a cooperação técnica que se negociava. Outra característica da cooperação Sul-Sul perceptível nessa negociação foi o foco em **desenvolvimento de capacidades**, entendido como identificação, mobilização e expansão de conhecimentos e competências disponíveis no país parceiro.

De acordo com o médico Ibrahima Diagne, do Hospital Albert Royer, em Dacar, ponto focal do Senegal para esse projeto, um aspecto positivo relacionado com a eficácia do seu desenvolvimento “(...) foi o fato de os profissionais senegaleses **terem baseado o seu treinamento em uma realidade de tratamento – a brasileira – mais próxima à do seu país**” (Brasil, 2012: p. 51). Segundo ele, talvez não teria sido produtivo se a

cooperação tivesse como base a América do Norte ou a Europa – com as quais os senegaleses têm até mais contatos acadêmicos – porque são regiões de realidades completamente diferentes. Além disso, outro aspecto positivo, conforme Diagne, **é a proximidade de contextos sociais, culturais e climáticos**. Ele ainda ressaltou o clima de cordialidade fundado na excelente convivência das equipes brasileiras e senegalesas, que conseguiram interagir positivamente.

Nessa segunda visita técnica ao Senegal, a equipe brasileira descobriu que aquele país já dispunha de equipamentos adequados para diagnóstico da DF, os quais estavam ociosos por falta de capacitação de equipe técnica local para operá-los. Esses equipamentos haviam sido doados pelo governo canadense, no âmbito de outra atividade de cooperação entre o Senegal e aquele país. É comum ocorrer esse tipo de “descoberta” durante visitas de prospecção, no contexto da cooperação técnica Sul-Sul. Algumas vezes, o país recebe, paralelamente, outra cooperação, mas não menciona isso durante a prospecção, por receio de perder algum benefício nessa nova cooperação. Hoje em dia, na ABC existe um documento denominado *Nota Técnica*, com o intuito, justamente, de conhecer mais profundamente a realidade do país antes mesmo da visita de prospecção. Dessa forma, evita-se desperdício de tempo e dinheiro, a cooperação pode ser mais bem direcionada e, principalmente, o Brasil pode obter dados importantes para a futura cooperação técnica entre os países.

A cooperação com o Senegal teve uma particularidade que extrapolou o escopo da cooperação propriamente dita. O grande propósito estava em que o Senegal pudesse dedicar à população com DF, não a alternativa da “Educação para a Prevenção”, privilegiando o controle da natalidade, mas um sistema bem estruturado, com base no acompanhamento da doença e na oferta de orientação, informação e cuidados efetivos. O que se desejava com essa cooperação é que fosse possível persuadir aquele país a uma compreensão mais “adequada”<sup>48</sup> da DF e das políticas públicas necessárias à sua abordagem, valorizando a vida. O projeto teve a felicidade de ser elaborado com esse elevado objetivo, que é considerado o **Objetivo de Desenvolvimento** – e pode ser alcançado até mesmo depois da finalização do projeto. É um objetivo que excede, para o

---

<sup>48</sup> O termo “adequada” foi colocado em aspas pela autora desta dissertação por acreditar que, em se tratando de cooperação brasileira, não existe um modelo adequado, mas aquele que possa servir de inspiração para o outro.

bem, o objetivo específico do projeto, que, no caso dessa cooperação, é a capacitação de profissionais em DF.

Como mencionado, a intenção brasileira nesse propósito de cooperação técnica se fundamenta numa postura política de aproximação do Brasil com o Senegal ou do Brasil com o continente africano. A real intenção dessa cooperação foi oferecer um suporte humanitário, embora não tenha sido o único fio condutor de uma cooperação desse porte. Afinal, a cooperação é uma via de mão dupla: qualquer alternativa configuraria prática política sem justificativa técnica.

De acordo com o Sr. Nelci Caixeta, da ABC, a parte brasileira sempre tem a ganhar com a cooperação Sul-Sul, sobretudo ao trabalhar com países com menos recursos econômicos. No caso desse projeto com o Senegal, embora as técnicas brasileiras sejam adaptadas ao SUS, provou-se que é possível melhorar a atenção à DF em países onde não existe sistema universal e gratuito de saúde.

O documento de projeto, que será apresentado ainda neste capítulo, foi estruturado com base na capacitação em técnicas de triagem neonatal.

Para esse propósito, o médico Ibrahima Diagne indicou uma equipe especializada. Em seguida, privilegiou-se a capacitação em aspectos do modelo de assistência, que carecia ser de apoio diagnóstico-terapêutico (Brasil, 2012: p. 53).

Em 2008, ocorreu a primeira atividade de capacitação da equipe senegalesa, em visita técnica realizada ao Brasil, embora o projeto ainda não tivesse sido assinado. A assinatura do documento de projeto é ponto essencial para o início de qualquer projeto de cooperação da ABC.

A visita técnica senegalesa contribuiu de maneira decisiva para a assinatura do projeto. Depois da visita, Ibrahima Diagne decidiu que

(...) o projeto deveria ter o formato de uma ação estruturadora da atenção primária senegalesa, nos moldes daquela realizada pelo Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) (Brasil, 2012: pp. 53-54).

**Esse caráter de intercâmbio horizontal de experiências bem-sucedidas a serem replicadas em outros países é, se não a maior, uma das maiores características**



**da cooperação Sul-Sul brasileira.** A UFRJ norteia o seu trabalho com a DF não somente no cuidado com a enfermidade, mas também na orientação à pessoa com a doença. E esse raciocínio foi considerado pelo médico Ibrahima Diagne, que afirmou ter aprendido bastante com os especialistas da UFRJ (Brasil, 2012).

Embora nessa narrativa, até então, toda a cooperação com o Senegal em DF pareceu ter fluído bem, verificou-se na equipe um ponto digno de realce: o fato de ela não ser tão envolvida, como seria necessário, com o governo do país. A equipe tinha menor influência do que se esperava, além de se mostrar excessivamente acadêmica. Por esse motivo o projeto não tomou um aspecto mais grandioso que se poderia ensejar. O projeto foi relevante e bem elaborado, sob as premissas da cooperação Sul-Sul, mas não houve uma equipe politicamente engajada. A lição que ficou é a de que se pode avançar em termos de abrangência, escopo e resultados positivos quando a equipe tem uma relação mais próxima com o governo, afinal, quem toma as decisões estruturais é ele. Hoje em dia, em todos os projetos da ABC, há envolvimento do governo desde a fase de prospecção. Inclusive a demanda por cooperação é iniciada entre os governos dos dois países.

Esse projeto pioneiro de cooperação Sul-Sul marcou a cooperação técnica internacional brasileira em DF. Sua elaboração e execução abriram as portas para que o Brasil pudesse participar de grupos internacionais de pesquisa sobre a doença, bem como gerou interesse de outros organismos internacionais para o trabalho. A partir dessa ideia das “portas abertas”, a equipe brasileira realizou, em 2008, uma missão em centros de cuidado dos Estados Unidos, que se tratou de um momento de expansão das iniciativas brasileiras para maior imersão internacional. Ao mesmo tempo, foi um importante caminho de expansão de conhecimentos técnicos, a partir do estabelecimento de vínculos oficiais com os principais centros de pesquisa daquele país. **Esse é um caminho natural da cooperação Sul-Sul brasileira, ao tomar contato com novas tendências e efetuar troca de experiências,** com vista a aprimorar ainda mais os conhecimentos dos especialistas brasileiros.

A missão aos EUA permitiu contato com Kwake Ohene Frempong, médico de Gana, considerado uma autoridade mundial no cuidado em DF. O médico Frempong é

politicamente bem relacionado em Gana, além de um dos maiores gestores da *Sickle Cell Foundation*, destacada instituição dotada de credibilidade internacional que se dedica à DF, naquele país. A cooperação brasileira em DF em Gana foi assinada em 2009. O que a consequência dos trabalhos, relatada aqui, demonstra é que a demanda por projetos dessa natureza ligadas à DF depende, muitas vezes, da qualidade das relações pessoais entre as equipes de cuidado dos países interessados na cooperação. E, indo mais além, a política segue antecedendo a prática.

Por fim, o projeto com o Senegal demonstrou que o Brasil estava aberto a cooperar e fez isso com *know-how* e ética e com bastante flexibilidade, no sentido positivo do termo. Em termos de instituições cooperantes brasileiras, a Aisa e a ABC foram parceiras decisivas para o bom resultado obtido. O projeto serviu, ainda, para ampliar a participação brasileira em cooperações semelhantes, notadamente com Gana, Benim, Angola, Guiné-Bissau e Jamaica. Isso demonstra a qualidade do modelo de gestão de projetos implementado pela ABC.

Conforme já foi explanado, a ABC utiliza-se do *Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul* para gerir novos projetos. A primeira edição dessa publicação foi em 2013, e a cooperação técnica com o Senegal foi assinada em 2009, portanto, no momento da elaboração do projeto com esse país, a ABC utilizou-se de outras ferramentas disponíveis na época para esse fim.

A seguir, será apresentada a metodologia de trabalho da ABC na construção de um projeto de cooperação técnica; ao mesmo tempo, em negrito, serão apresentados os elementos metodológicos que compuseram o projeto com o Senegal.

#### **4.3 Projeto de Cooperação Técnica com o Senegal – Base Metodológica**

A utilização de metodologias de gestão de projetos permite a execução adequada de todas as atividades envolvidas e garante a eficiência ao processo de elaboração, monitoramento e encerramento de um projeto. Para que o projeto alcance melhor

resultado, é importante a utilização de ferramentas de gestão que se alinhem aos princípios da organização, no caso, a ABC. O *Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul* faz justamente esse alinhamento entre princípios e metodologia.

A ABC utiliza a metodologia da “Árvore de Problemas e de Solução”<sup>49</sup>. **No projeto do Senegal, não houve a elaboração da Árvore de Problema e Árvore de Solução. Segundo o coordenador da CGAA, Sr. Nelci Caixeta, naquela época, a ABC não utilizava essa metodologia de trabalho e, portanto, o processo não foi horizontal, ou seja, não foi elaborado de forma participativa. O que houve foi uma prospecção *in loco* por especialistas brasileiros das necessidades reais em DF, no Senegal, e, a partir de consultas internas às instituições cooperantes brasileiras, o país ofertou ao Senegal, no seu melhor entendimento, um projeto bem estruturado para aquela época.**

A metodologia atual para a elaboração de projetos de cooperação técnica utilizada pela ABC possui três fases distintas e complementares. As fases estão descritas abaixo, conforme o Manual (Brasil, 2013):

**I. Fase analítica:** É um exercício conjunto e interativo de detalhamento entre os potenciais parceiros de cooperação. Essa fase é realizada com base em métodos participativos, geralmente durante a missão de prospecção. Os componentes desta fase são:

1. O Mapeamento de Atores e Capacidades, com ênfase na identificação (i) das necessidades de potenciais beneficiários e outras partes interessadas na cooperação e (ii) das capacidades pré-existentes disponíveis para aproveitamento pela futura iniciativa de cooperação técnica.
2. A Análise de Problemas, que consiste no levantamento dos principais problemas relacionados à situação inicial insatisfatória que pauta a ação da futura iniciativa de cooperação técnica, bem como das relações de causa e efeito existentes entre ele.
3. A Análise de Soluções, por meio da qual é desenhando um perfil da situação que se deseja alcançar no futuro, mediante a contribuição do projeto, além dos meios para tanto.
4. A Análise de Estratégias, cujo propósito é a seleção da melhor estratégia de ação para o projeto em vista.
5. A Análise de Riscos, com o propósito de identificar os fatores que poderão afetar, negativamente, a iniciativa de cooperação técnica, bem como possíveis medidas mitigadoras.

**II. Fase de planejamento:** Trata-se da definição, fundamentada nos resultados da fase anterior e igualmente realizada por meio de um processo participativo, dos elementos técnicos e operacionais básicos do futuro projeto: os objetivos e resultados esperados e as metas para mensuração do seu alcance, além dos meios necessários para atingi-los, e o planejamento das atividades, dos insumos e do orçamento. Esses componentes serão organizados por meio de ferramentas como a estrutura lógica, a matriz lógica, o cronograma de execução, o orçamento e o plano de trabalho.

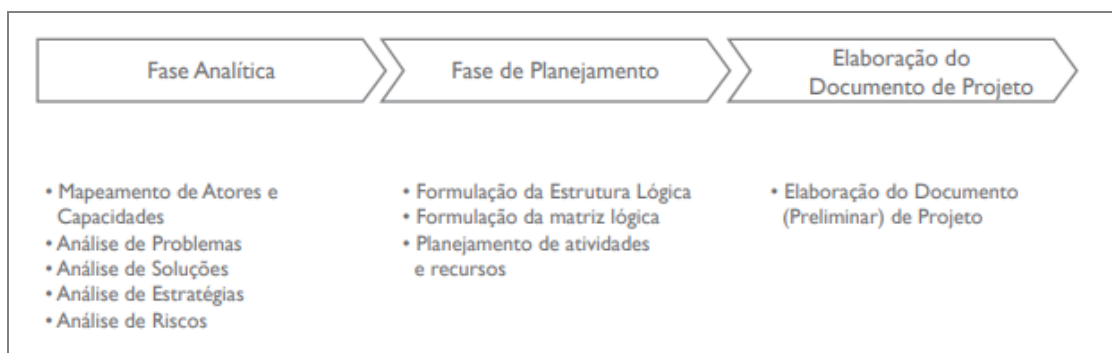
---

<sup>49</sup> Não é interesse desta dissertação descrever detalhadamente essa metodologia, pois não foi aplicada no Senegal. Entretanto, para aclarar essa explicação, a metodologia da Árvore de Problemas e da Árvore de Soluções tem cunho participativo. A Árvore de Problemas é composta por diagramas que analisam um problema do ponto de vista das causas que o criam, tendo como objetivo encontrar as soluções, por meio da Árvore de Soluções, para desenvolver projetos que o eliminem.

**III. Preparação do Documento de Projeto** (...) realizada com base nas informações geradas durante a fase anterior. Nessa fase inclui-se a montagem do cronograma de execução e do orçamento detalhados da iniciativa” (Brasil, 2013: p. 29).

O Documento de Projeto constitui o principal referencial de uma iniciativa de cooperação técnica, pois contém e organiza os mecanismos e arranjos necessários à concretização das atividades e, ademais, serve como base para as tomadas de decisão estratégicas em relação aos aspectos técnicos, gerenciais e de coordenação do projeto.

Figura 3 – Fases do processo de elaboração de projetos de cooperação técnica Sul-Sul



Fonte: *Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul* (Brasil, 2013: p. 29).

#### 4.3.1 Elaboração da Estrutura Lógica

Todo documento de projeto da ABC possui uma Estrutura Lógica com cinco elementos principais que compõem o escopo do projeto. Esses elementos são: Objetivo de Desenvolvimento; Objetivo Específico; Resultado; Produtos; e Atividades e Insumos. Esses elementos serão detalhados a seguir, conforme o Manual da ABC, e confrontados com o projeto em DF elaborado depois da visita de prospecção ao Senegal.

a. Objetivo de Desenvolvimento – Refere-se ao impacto positivo em longo prazo almejado pelo projeto. O objetivo de desenvolvimento tem uma natureza abrangente e multidimensional que alcançam toda a sociedade para a qual o projeto pretende contribuir. **No projeto do Senegal, o Objetivo de Desenvolvimento foi: Fortalecer as ações governamentais relativas ao tratamento da doença falciforme, visando promover longevidade com**

**qualidade de vida aos pacientes e reduzir a taxa de morbimortalidade no país<sup>50</sup>.**

b. Objetivo Específico – É a finalidade principal e específica do projeto. Refere-se à determinação do escopo técnico, financeiro e operacional do futuro projeto segundo a disponibilidade de tempo e de recursos técnicos, humanos, materiais e financeiros. O objetivo específico deve ser pactuado entre as futuras instituições cooperantes e, caso haja recursos financeiros para tanto, esse poderá ser a solução central do projeto. O objetivo específico deve determinar, precisamente, três elementos:

1. A situação esperada após a implementação do projeto, equivalente à solução ou redução do problema inicial.
2. O beneficiário ou o sujeito da mudança, seja uma instituição capacitada, um grupo de indivíduos ou uma comunidade beneficiada, e
3. A área geográfica que a mudança deve abranger ou atingir, como um bairro, um município ou uma província/região.

*Exemplo:*

Ampliar (situação esperada) o acesso à água potável e livre de contaminação à população (beneficiário) da comunidade “x” (área geográfica) (Brasil, 2013: p 49).

Via de regra, recomenda-se que o processo de concepção de um projeto de cooperação técnica Sul-Sul concentre as ações em um único Objetivo Específico. Os projetos da cooperação técnica Sul-Sul brasileira possuem, geralmente, dois a três resultados, com até dois objetivos específicos. Projetos que excedam essa média são de maior complexidade técnica e implicam, necessariamente, orçamentos vultuosos e compromissos de médio a longo prazo. Ademais, nos projetos com múltiplos Objetivos Específicos há grande risco de dispersão de esforços e de prejuízos ao uso racional de recursos, com consequências negativas para a consecução dos efeitos almejados pela cooperação.

**No projeto do Senegal, ao contrário do que recomenda o *Manual de Gestão da ABC*, havia cinco Objetivos Específicos e nenhum deles foi elaborado no formato recomendado esse Manual:**

---

<sup>50</sup> Não faz parte dessa dissertação verificar se o Senegal alcançou o Objetivo de Desenvolvimento.

- 1. Visitar o programa brasileiro que cuida da Política Nacional de Atenção Integral às pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.**
- 2. Prover capacitação de especialistas senegaleses em tratamento básico, diagnóstico de laboratório da doença falciforme, triagem neonatal e conhecer o programa responsável pelo sistema de cadastro de pacientes, o Hemovida Ambulatorial Datasus.**
- 3. Promover o acesso à triagem neonatal.**
- 4. Realizar seminário sobre doença falciforme.**
- 5. Avaliar as ações desenvolvidas pelo projeto.**

c. Resultados – Expressam mudança de capacidade. Eles correspondem às capacidades que devem ser desenvolvidas, absorvidas e aplicadas pelos beneficiários diretos do projeto, de forma que o problema que deu origem ao objetivo específico seja resolvido ou minimizado.

Os enunciados dos Resultados devem descrever, explicitamente, o ganho técnico ou qualitativo que deverá ser proporcionado pelo Projeto aos beneficiários diretos. Nesse sentido, os enunciados dos Resultados devem conter as respostas às perguntas: “capacidade de quem?”; e “capacidade para quê?”.

Os Resultados devem ser formulados de forma clara, direta e concisa utilizando-se verbos no particípio passado, por exemplo, “implementado”, “aplicado”, “validado”, “aprovado”, para que indiquem os resultados no futuro como se já estivessem sido obtidos. Além disso, termos vagos devem ser evitados e verbos de ação que indiquem mudanças mensuráveis são preferíveis.

Exemplos:

Enunciado vago: “Capacidade de agricultores melhorada”. Enunciado preciso: “Agricultores multiplicadores das províncias ‘x’ e ‘y’ habilitados a oferecer formação em controle de pragas e mecanização”.

Outros exemplos de Resultados precisos:

Agricultores da “comunidade x” habilitados a aplicar as técnicas de plantio sustentável da mandioca. “Escolas-piloto das províncias ‘x’ e ‘y’ com capacidade instalada para elaborar e executar o Plano Político-Pedagógico inclusivo”. “Extensionistas rurais capacitados para a provisão de serviços de assistência técnica e extensão rural”. “Serviços de assistência técnica e extensão rural com capacidade para atender às demandas da agricultura familiar nas diversas regiões do ‘país x’”.

**O projeto do Senegal foi elaborado com cinco Resultados. Entretanto, eles não foram elaborados conforme o Manual da ABC:**

**R1.1. Missão técnica senegalesa para conhecer o programa brasileiro que cuida da Política Nacional de Atenção Integral às pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias realizada.**

**R2.1. Capacitação realizada em tratamento básico, diagnóstico de laboratório da doença falciforme, triagem neonatal; e treinamento no sistema de cadastro de pacientes realizado.**

**R3.1. Programa senegalês de triagem neonatal implantado.**

**R4.1. Seminário sobre doença falciforme realizado.**

**R5.1. Projeto avaliado.**

d. Produtos – Os Produtos serão determinados a partir da resposta à pergunta “quais são os produtos ou serviços que o projeto deverá produzir em curto prazo, de forma a possibilitar a geração, complementação ou disseminação de capacidades (Resultados)?”.

Na formulação dos enunciados dos Produtos utilizam-se verbos no particípio passado.

Exemplos:

“10 sessões do curso de capacitação de professores multiplicadores das ‘províncias x e y’ realizadas”. “40 cisternas construídas na ‘região x’”. “Estudo pluviométrico elaborado e apresentado”.

**No projeto do Senegal não houve produtos.**

e. Atividades – As Atividades são deduzidas a partir da identificação dos conjuntos de ações que são necessárias para a realização de cada Produto. As Atividades devem ser verificáveis ou comprováveis. Além disso, devem representar condições suficientes para a obtenção do Produto ao qual estão relacionadas. O nível de detalhamento das Atividades dependerá da natureza e do escopo técnico do projeto em questão (número de Produtos e Resultados). Na formulação dos enunciados das Atividades, utilizam-se verbos no infinitivo.

Exemplos:

“Realizar ‘x’ sessões do curso de capacitação de professores multiplicadores na província ‘x’”. “Elaborar material do curso de capacitação professores multiplicadores”. “Elaborar proposta pedagógica de língua de sinais específica para o país parceiro”.

**O projeto do Senegal foi elaborado com as seguintes Atividades, mas nenhuma foi elaborada no formato recomendado no Manual da AB. São elas:**

**A1.1.1 Selecionar especialistas senegaleses e enviá-los ao Rio de Janeiro, Brasil, para conhecer o funcionamento do Programa Estadual de Doença Falciforme, mais especificamente a parte de Traumatologia e Saúde Bucal.**



- A1.1.2 Enviar o Coordenador Nacional do Programa de Drepanocitose senegalês para Recife, Pernambuco, pelo período de dois dias, para conhecer, na prática, o funcionamento dos hemocentros de referência do estado.**
- A1.1.3 Enviar o Coordenador Nacional do programa de Drepanocitose senegalês para Salvador, Bahia, pelo período de dois dias, para conhecer, na prática, o funcionamento do programa estadual de doença falciforme.**
- A2.1.1 Selecionar quatro técnicos brasileiros para prover capacitação, no Senegal.**
- A2.1.3 Realizar capacitação de médicos, dentistas, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e outros profissionais de saúde, em tratamento básico.**
- A2.1.4 Selecionar dois técnicos senegaleses para receber treinamento, no Brasil.**
- A2.1.5 Enviar a Belo Horizonte, Minas Gerais, pelo período de um mês, os dois técnicos senegaleses selecionados para conhecerem o Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico (Nupad) e o Laboratório de Hemoglobinas e Doenças Hematológicas, para capacitação em diagnóstico laboratorial da doença falciforme e triagem neonatal, bem como para conhecer o sistema de cadastro de pacientes.**
- A3.1.1 Selecionar cinco técnicos senegaleses para receber treinamento no Brasil em triagem neonatal.**
- A3.1.2 Enviar ao Brasil cinco profissionais de saúde senegaleses, para capacitação a ser realizada no Centro de Referência do Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira (IPPMG) da**

**Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Brasil, durante um mês, com o objetivo de serem multiplicadores no Senegal.**

**A4.1.2 Enviar a Dacar, Senegal, pelo período de dez dias, os seis técnicos brasileiros selecionados.**

**A4.1.3 Organizar e realizar em Dacar, seminário Brasil-Senegal sobre a doença falciforme, para uma disseminação ampla das linhas-mestras do programa brasileiro, com enfoque na atenção básica para a referida doença, que tem como eixos: o diagnóstico neonatal; o tratamento desde a constatação da doença; a educação da família e do paciente; o desenvolvimento do autocuidado; e a descentralização da atenção.**

f) Insumos – Para que as atividades possam ser executadas, são necessários meios físicos, financeiros, técnicos e humanos, além de tempo. Esses meios correspondem aos insumos que deverão ser disponibilizados ao projeto pelas instituições cooperantes. Os insumos incluem, além das horas técnicas a serem ofertadas pelos técnicos envolvidos nas iniciativas, os desembolsos financeiros destinados a cobrir as despesas operacionais das iniciativas de cooperação técnica Sul-Sul, tais como passagens e diárias, seguros de viagem, aquisição de bens, equipamentos e materiais de consumo.

**Os insumos no projeto do Senegal foram descritos na parte orçamentária.**

Diante do exposto, verifica-se que, no que diz respeito à parte metodológica utilizada pela ABC, o projeto do Senegal não seguiu à risca a Estrutura Lógica que a ABC utiliza nos seus projetos. De acordo com o coordenador da CGAA, Sr. Nelci Caixeta, a ABC, até os dias de hoje, não normatizou a utilização da metodologia de elaboração de novos projetos, pois isso demanda bastante tempo até que a instituição sensibilize todos os atores envolvidos na elaboração de um projeto. Segundo o coordenador, o documento escrito foi um projeto mais voltado àquilo que o Brasil poderia oferecer, naquela época. Em outras palavras, o Brasil fez a visita de prospecção e conheceu a realidade local do Senegal. Depois dessa visita, os especialistas brasileiros apresentaram o projeto ao

Senegal, num formato mais Norte-Sul do que Sul-Sul propriamente dito, pois não houve participação direta dos senegaleses na elaboração do projeto

Por fim, no confronto entre a base conceitual e a base metodológica utilizadas pela ABC, essa instituição, com as contrapartes brasileiras, desenvolveu um bom projeto na base conceitual, mas falhou ao seguir uma metodologia de gestão de projetos, até mesmo porque, em 2009, a ABC ainda carecia de muita estruturação e maturidade interna para aplicar as estratégias de gestão de projetos descritas no seu Manual. Acrescenta-se o fato de esse projeto em doença falciforme, na África, ter sido pioneiro. Mesmo assim, segundo o coordenador Sr. Nelci Caixeta, a ABC cumpriu todos os seus resultados estipulados no projeto, no prazo determinado. Portanto, considera-se que o projeto, em termos conceituais e metodológicos, cumpriu seu objetivo central.

## CAPÍTULO IV – CONCLUSÃO

Cumprir relatar, aqui, que a autora desta dissertação iniciou a jornada como analista de projeto da ABC, em 2018, experiência que lhe forneceu subsídios para questionamentos sobre a base conceitual e a metodológica utilizadas pela ABC, em seus projetos. Inicialmente, os princípios orientadores da cooperação Sul-Sul, como solidariedade, horizontalidade, não condicionalidade, respeito pela soberania nacional, não interferência nos assuntos internos e benefício mútuo, soavam muito romantizados diante dos desafios diários que envolvem o trabalho de cooperação técnica e da complexidade de lidar com todos os atores envolvidos. Ao mesmo tempo, durante a primeira missão desta pesquisadora ao Senegal, com a responsabilidade de escrever o primeiro projeto de cooperação técnica com aquele país, algumas vezes surgiram os questionamentos sobre a necessidade e a efetividade de seguir todos os protocolos e as diretrizes do *Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul*.

Trabalhar na Coordenação-Geral de África na ABC, sob o gerenciamento do Sr. Nelci Caixeta, que entende profundamente a realidade do Senegal e tem enorme conhecimento dos conceitos da cooperação técnica Sul-Sul brasileira e da metodologia de trabalho utilizada pela ABC, proporcionou a esta autora uma vigência ao Senegal, com o Sr. Nelci Caixeta, em missão de prospecção. Lá, foi possível vivenciar a experiência de elaboração de outro projeto de cooperação técnica, na temática da agricultura, utilizando os princípios da cooperação Sul-Sul. O Sr. Nelci Caixeta também esteve à frente do projeto com o Senegal analisado nesta dissertação, e, conforme ponderado no capítulo anterior, os princípios norteadores da cooperação técnica com o Senegal foram vivenciados.

Quanto à metodologia utilizada na elaboração do projeto com o Senegal, verificou-se uma grande discrepância em relação ao Manual utilizado pela ABC na utilização das regras e na formulação dos Objetivos Específicos, Resultados, Produtos e Atividades. Além de falta de maturidade da ABC quanto à elaboração de projetos naquela época, o Manual de Gestão não era atualizado como é hoje.

Percebe-se que o documento escrito como resultado da visita e prospecção ao Senegal foi um projeto que mais se assemelhava àquilo que o Brasil poderia ofertar do que, efetivamente, o que Senegal gostaria, num primeiro momento, de receber. Entretanto, como todo trabalho de cooperação técnica, esse projeto constituiu um grande esforço que demorou a ser aprovado e assinado. Até a sua assinatura, percebeu-se um grande esforço e interesse brasileiro na capacitação da equipe senegalesa, tanto é que, em 2008, foi realizada a primeira atividade de capacitação técnica dos senegaleses, realizada no Brasil, embora o projeto ainda não tivesse sido assinado.

O projeto com o Senegal, embora não tenha sido elaborado sob a ótica da metodologia de trabalho da ABC, foi tão significativa que resultou na ampliação do seu escopo inicial. Verificou-se que projetos de DF na África podem ser estruturantes e podem colaborar com os países daquele continente na elaboração de seus sistemas de saúde. Afinal, há trabalho sendo desenvolvido em vários níveis de atenção e cuidado às pessoas com DF. Especificamente, no Senegal, todo o sistema de saúde é pago. A intenção é de que pelo menos a atenção à DF tivesse natureza pública e gratuita.

Na sequência do projeto, o Ministério da Saúde foi ao Senegal atender a uma demanda daquele país relacionada à estruturação de um sistema de atenção primária, como existe no SUS. Essa demanda nasceu da boa interação entre senegaleses e brasileiros. A expectativa é de que um trabalho de cooperação baseado na supremacia do modelo brasileiro insira, cada vez mais, profissionais daquele país, ainda que as atividades sejam de capacitação em procedimentos de cuidado relativo a uma determinada enfermidade.

Embora não tenha sido o seu objetivo, esse projeto de cooperação em saúde levou em si a semente da mudança política que se justificava, como qualquer mudança, por ser uma evolução potencialmente benéfica ao povo senegalês. Visivelmente, o bojo de uma atividade de cooperação internacional carrega a lógica da troca cultural, que leva à melhoria de todos os sistemas envolvidos no processo. A prática da cooperação internacional tem mostrado que a interação de sistemas abertos permite melhorias em todos os aspectos, quando se trabalha em conjunto.

E, por outro lado, a equipe brasileira, sendo a outra metade desse sistema aberto, também aprendeu com o trabalho em conjunto com os senegaleses. Isso ocorreu tanto no sentido de realizar projetos de cooperação internacional quanto no sentido de trabalhar com países com menos recursos econômicos e que não contam com um sistema universal e gratuito de saúde, como o Brasil.

Deve-se ressaltar que o desenvolvimento desse projeto abriu as portas à cooperação internacional em DF, na África. Outros países como Guiné-Bissau, Angola, Gana e Benim também solicitaram cooperação ao Brasil em DF. Ao acenar para a África com o propósito de cooperação internacional no âmbito da DF, o Brasil sabia que estaria enfrentando grandes desafios, em razão das diferenças de concepção da oferta de serviços de saúde, de planejamento familiar, de questões de âmbito religioso e tantos outros a serem levados em conta.

Ao se analisar a cooperação técnica Sul-Sul sob a ótica da política externa brasileira, verifica-se que o Brasil despontou como um relevante *global player* no sistema internacional em DF. Ao oferecer cooperação para os países mais pobres, o Brasil reforça uma imagem de prestígio internacional. E o êxito em todas essas cooperações pode servir como demonstração de que um país em desenvolvimento pode ajudar a promover melhorias nas condições de vida das pessoas mais pobres, como aquelas afetadas pela DF. A CSS brasileira pode ser vista como um exemplo ou uma inspiração a outros países em desenvolvimento e, conseqüentemente, ser interpretada como um instrumento da política externa brasileira.

Não somente o Brasil despontou como um *global player*, mas a cooperação técnica internacional como um todo está presente na nova ordem internacional. Entretanto, é intrigante pensar que os montantes efetivamente gastos em cooperação técnica, “ajuda externa” ou assistência social sejam tão pouco relevantes quando comparados aos fluxos do comércio internacional de armamentos, aos orçamentos militares das principais potências mundiais, à circulação financeira global ou ainda às estimativas existentes sobre economia internacional movimentada pelas drogas ilícitas e os mais diversos tipos de redes criminosas transnacionais (Milani, 2017). Portanto, não é por causa dos orçamentos que a agenda de cooperação técnica chama tanto a atenção de

pesquisadores e tomadores de decisão, mas da relevância da temática da cooperação para o desenvolvimento.

A ABC, como principal promotora da cooperação técnica do Brasil, se acha numa posição de grande relevância no cenário da cooperação Sul-Sul brasileira. Como instituição que está constantemente aprimorando sua metodologia de trabalho, a ABC tem procurado aprender com “erros” do passado, quando, por exemplo, evita a exportação de “receitas prontas”, mas busca, cada vez mais, integrar a percepção do outro, seja ele africano, seja latino-americano ou caribenho, para desenvolver os seus projetos de cooperação técnica Sul-Sul.

Entretanto, permanecem inúmeros desafios para a ABC e o trabalho paulatino de desenvolvimento institucional e político da agenda de cooperação técnica internacional. Dentre os desafios, destacam-se a relevância de se instaurar a prática institucional do planejamento estratégico da agência como um todo e o aprimoramento da mensuração qualitativa e quantitativa dos projetos realizados pela ABC. Ademais, é necessário avançar nos critérios de monitoramento e avaliação dos seus resultados. É muito importante valorizar as lições aprendidas ao longo dos processos de construção institucional, de concepção e implementação de seus projetos.

É consenso entre todos dos técnicos e analistas da ABC a importância de um marco regulatório próprio para a cooperação prestada. A legislação atual apenas regulamenta a cooperação multilateral recebida pelo Brasil. Perguntas como: “qual seria o marco regulatório necessário para contemplar a política desejada?”; e ainda, “como esse incluiria os diversos atores envolvidos na cooperação técnica Sul-Sul brasileira (Congresso Nacional, Ministérios e demais órgãos da administração pública, entidades federativas, organizações da sociedade civil, universidades)?”, são constantes.

Existem questões que a ABC somente poderá fazer avançar a partir do diálogo político com o Itamaraty, a Presidência da República e o conjunto dos ministérios setoriais. Por exemplo, como manter o princípio *demand-driven*<sup>51</sup> da cooperação técnica

---

<sup>51</sup> Segundo a ABC, ser *demand-driven* significa reagir a demandas originárias de países em desenvolvimento.

brasileira, mas ao mesmo tempo definir prioridades setoriais, temáticas e geográficas da ABC? Haveria contradições entre esse princípio tão caro à cooperação Sul-Sul brasileira e a definição de prioridades? Vale a pena construir-se uma carreira com agentes profissionais treinados especificamente em termos de cooperação técnica, com capacidade para assegurar a continuidade, a coerência e a qualidade da cooperação, ensejando a criação de uma memória institucional tão necessária para a cooperação brasileira? Quanto à competência da ABC, a agência deveria ter responsabilidade sobre quais modalidades de cooperação?

A relação da ABC com a sociedade e as diversas instituições brasileiras que prestam seu conhecimento técnico na elaboração de novos projetos é uma relação de “coleguismo”. Portanto, outro grande questionamento seria que tipos de mecanismos institucionais de interação e diálogo entre essas instituições a ABC poderia estabelecer? Como a ABC poderia incrementar a relação entre especialistas da cooperação e os especialistas setoriais?

E, por último, não menos importante, o questionamento central que despertou na autora a curiosidade de aprofundar este estudo de caso com o Senegal: vale a pena, em termos, metodológicos, a ABC aplicar todo o seu processo interno na elaboração de novos projetos de cooperação Sul-Sul? Como afirmou o coordenador-geral da ABC, Sr. Nelci Caixeta: “não existe resposta certa ou errada”. O que se pode concluir é que existe vontade de seres humanos que estão dispostos a trabalhar pela cooperação Sul-Sul e realizar o melhor projeto com a sua melhor ou maior dedicação. Embora os questionamentos quanto ao rumo da ABC e o futuro da cooperação técnica Sul-Sul brasileira não sejam exaustivos, foi possível, nesta dissertação, constatar aspectos frágeis e críticos da ABC e da sua instituição propriamente dita. Entretanto, esses aspectos serviram de aprendizado, conhecimento técnico e inspiração para a autora desta dissertação.



## REFERÊNCIAS

Abreu, F. J. M. (2013). A Evolução da Cooperação Técnica Internacional no Brasil. *Mural Internacional*, Brasília, DF, 4(2), pp. 3-16.

Alcazar, S. (2008). *The Copernican Shift in Global Health. Global Health Programme. Graduate Institute of International and Development Studies [Working Paper n. 3]. [Em linha].* Disponível em <<https://repository.graduateinstitute.ch/record/4070#record-files-collapse-header>>. [Consultado em 25/01/2021].

Almeida, C. (1995). *As Reformas de Saúde nos Anos 80: Crise ou Transição (Um Estudo dos Países Centrais – EUA, Reino Unido, Alemanha, Suécia, Itália e Espanha)*. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro.

Almeida, C. (2002). Reforma de Sistemas de Servicios de Salud y Equidad en América Latina y el Caribe: Algunas Lecciones de los Años 80 y 90. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4), pp. 905-925.

Almeida, C. (2010). A experiência da Fiocruz na Formação de Profissionais em Saúde Global e Diplomacia da Saúde: Base Conceitual, Estrutura Curricular e Primeiros Resultados. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, 4(1), pp.148-164.

Almeida, C. (2013). Saúde, Política Externa e Cooperação Sul-Sul em Saúde: Elementos para a Reflexão sobre o Caso do Brasil. In: Fundação Oswaldo Cruz. *A Saúde no Brasil em 2030 – Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro: Desenvolvimento, Estado e Políticas de Saúde*. Rio de Janeiro, Fiocruz-Ipea-Ministério da Saúde-Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 1, pp. 233-327. [Em linha]. Disponível em <<http://books.scielo.org/id/895sg/pdf/noronha-9788581100159-08.pdf>>. [Consultado em 20/12/2020].

Almeida, C. M., 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*, Rio de Janeiro, 4(1), pp. 25-35.

Axelrod, R.; & Keohane R. (1985). Achieving Cooperation Under Anarchy: Strategies and Institutions. *World Politics*, Baltimore, John Hopkins University, 38(1), pp. 226-254.

Berlinguer, G. (1999). Globalização e Saúde Global. *Estudos Avançados* 13(35), pp. 21-38.

Birn, A. E. (2009). The Stages of International (Global) Health: Histories of Success or Successes of History? *Global Public Health*, 4(1), pp. 50-68.

Brasil (n.d.). *Doença Falciforme – Manual do Agente de Saúde*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Ministério da Saúde, Brasília, DF. [Em linha]. Disponível em <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anvisa/agente.pdf>>. [Consultado em 15/10/2020].

Brasil. (2004). Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. *Formulação de Projetos de Cooperação Técnica Internacional (PCT): Manual de Orientação*. 2a ed. Brasília, DF, ABC.

Brasil. (2005). Ministério das Relações Exteriores. Ministério da Saúde *Protocolo de Intenções entre o Ministério das Relações Exteriores e Ministério da Saúde*. Brasília, DF, Ministério da Saúde.

Brasil. (2007). Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. *Cooperação Técnica Brasileira em Saúde*. Publicação da Agência Brasileira de Cooperação. Via ABC. [Em linha]. Disponível em <[http://www.abc.gov.br/intranet/Sistemas\\_ABC/siteabc/documentos/viaABC-baixa.pdf](http://www.abc.gov.br/intranet/Sistemas_ABC/siteabc/documentos/viaABC-baixa.pdf)>. [Consultado em 10/02/2020].

Brasil. (2008). Presidente (1985-1990: José Sarney). *Discursos Seleccionados do Presidente José Sarney*. Brasília, DF, Fundação Alexandre de Gusmão. [Em linha].

Disponível em <<http://funag.gov.br/loja/download/510-Discurso-Selecionado-do-Presidente-Jose-Sarney.pdf>>. [Consultado em 11/10/2020].

Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Doença Falciforme – A Experiência Brasileira na África: História de um Esforço de Cooperação – 2006-2010*. Brasília, DF, Departamento de Atenção Especializada.

Brasil. (2013). Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. *Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul*. Brasília, DF, ABC. [Em linha]. Disponível em <[http://www.abc.gov.br/Content/ABC/docs/Manual\\_SulSul\\_v4.pdf](http://www.abc.gov.br/Content/ABC/docs/Manual_SulSul_v4.pdf)>. [Consultado em 15/10/2020].

Brasil. (2013). Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. *Introdução*. Brasília, DF, ABC. [Em linha]. Disponível em <<http://www.abc.gov.br/SobreABC/Introducao>>. [Consultado em 15/10/2020].

Brasil. (2013). Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. *Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul*. Brasília, DF, ABC.

Brasil. (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. *Doença Falciforme: O Que se Deve Saber Sobre Herança Genética*. Brasília, DF, MS-SAS- DAHU.

Brasil. (2015). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. *Doença Falciforme: Diretrizes Básicas da Linha de Cuidado*. MS-SAS- DAHU. Brasília, DF, Ministério da Saúde.

Brasil. (2016). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF, Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas.

Brasil. (2020). Ministério das Relações Exteriores. *Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento (UNCTAD)*. [Em linha]. Disponível em <<https://www.gov.br/mre/pt-br/assuntos/politica-externa-comercial-e-economica/organizacoes-economicas-internacionais/conferencia-das-nacoes-unidas->

sobre-comercio-e-desenvolvimento-

unctad#:~:text=A%20Confer%C3%A7%C3%A3o%20das%20Na%C3%A7%C3%B5es%20Unidas,como%20finan%C3%A7as%20tecnologia%20investimentos%20e>.

[Consultado em 25/10/2020].

Brasil. (n.d.). Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. *Histórico da Cooperação Técnica Brasileira*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.abc.gov.br/CooperacaoTecnica/Historico>>. [Consultado em 11/10/2020].

Brasil. (n.d.). Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. *Vertentes da Cooperação Técnica Internacional*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.abc.gov.br/CooperacaoTecnica/Vertentes>>. [Consultado em 15/10/2020].

Brasil. Presidente (2008). (2003-Lula). *Discursos Selecionados do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva*. Brasília, DF, Fundação Alexandre de Gusmão. [Em linha]. Disponível em <[http://www.funag.gov.br/loja/download/505-discursos\\_selecionados\\_lula.pdf](http://www.funag.gov.br/loja/download/505-discursos_selecionados_lula.pdf)>. [Consultado em 25/02/2021].

Buss, P. (2011) Brasil: Estruturando a Cooperação na Saúde. *The Lancet*, pp. 2-3. [Em linha]. Disponível em <<http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>>. [Consultado em 25/02/2021].

Caixeta, N. (2020). Entrevista: Nelci Caixeta. Entrevista concedida a Andrea Von Rakowitsch Siqueira Tillmann. *Brasil e Senegal: A Experiência Brasileira no Primeiro Projeto de Cooperação Sul-Sul em Doença Falciforme*, Brasília, DF.

Cardoso, F. H.; & Faletto, E. (2010). 9a ed. *Dependência e Desenvolvimento na América Latina: Ensaio de Interpretação Sociológica*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.

Dodgson, R., Lee, K., & Drager, N. (2002). *Global Health Governance: A Conceptual Review*. World Health Organization, Department of Health and Development, [Discussion, Paper n. 1].

Durkheim, É. (2002). *Lições de Sociologia*. São Paulo, Martins Fontes.

Ferreira, A. B. H. (1989). *Minidicionário da Língua Portuguesa*. 2a ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira.

Fidler, D. (2007). Health as Foreign Policy: Harnessing Globalization for Health. *Health Promotion International*, 21(1), pp.51-58.

Fidler, D. P. (2001). The Globalization of Public Health: The First 100 Years of International Health Diplomacy. *Bull WHO*, 79(9), p. 842-9.

Fidler, D. P. (2004). Germs, Norms and Power: Global Health's Political Revolution. *Law, Social Justice & Global Development (LGD)* (1). [Em linha]. Disponível em <[https://warwick.ac.uk/fac/soc/law/elj/lgd/2004\\_1/fidler/](https://warwick.ac.uk/fac/soc/law/elj/lgd/2004_1/fidler/)>. [Consultado em 25/02/2021].

Fidler, D. P. (2005). Health as Foreign Policy: Between Principle and Power. *Whitehead Journal of Diplomacy and International Relations*, 6(2), pp. 179-194.

Fidler, D. P. (2009). Health in Foreign Policy: An Analytical Overview. *Canadian Foreign Policy Journal*, 5(3), pp. 11-29.

Fonseca, J. J. S. (2002). *Metodologia da Pesquisa Científica*. Fortaleza, UEC.

Health Policy. (2007). *Oslo Ministerial Declaration – Global Health: A Pressing Foreign Policy Issue of Our Time*. [Em linha]. Disponível em <[https://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/Oslo\\_Ministerial\\_Declaration.pdf](https://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/Oslo_Ministerial_Declaration.pdf)>. [Consultado em 15/03/2020].

Hobsbawm, E. J. (1995). *Era dos Extremos: O Breve Século XX: 1914-1991*. Tradução: Marcos Santarrita, São Paulo, Companhia das Letras.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. (2014). *Repensando a Cooperação Internacional para o Desenvolvimento*. Brasília, DF, Ipea.

Kickbusch, I., & Berger, C. (2010). Diplomacia da Saúde Global. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, 4(1), pp.19-24.

Kickbusch, I., Silberschmidt, G.; & Buss, P. (2007). Global Health Diplomacy: The Need for New Perspectives, Strategic Approaches and Skills in Global Health. *Bull WHO*, 85(3), pp. 230-232.

Kikuchi, B. A. (2007). Assistência de Enfermagem na Doença Falciforme nos Serviços de Atenção Básica. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, São José do Rio Preto, 29(3).

Labonté, R.; & Gagnon, M. (2010). Framing Health and Foreign Policy: Lessons for Global Health Diplomacy. *Globalization and Health*, 6(14). [Em linha]. Disponível em <<https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1744-8603-6-14.pdf>>. [Consultado em 02/02/2020].

Limongi, F. (2012). Fernando Henrique Cardoso: Teoria da Dependência e Transição Democrática. *Novos estudos – CEBRAP*, (1), pp. 187-197.

Luvizotto, C.; & Oliveira, M. (2011). Cooperação Técnica Internacional: Aportes Teóricos. *Revista Brasileira de Política Internacional*, Brasília, DF, 54(2).

Machado, L. T. (1999). A Teoria da Dependência na América Latina. *Estudos Avançados*, 13(35), pp. 199-215.

Mais Retorno. (2019). *Bretton Woods. O Que Foi o Acordo de Bretton Woods?* [Em linha]. Disponível em <<https://maisretorno.com/portal/termos/b/bretton-woods>>. [Consultado em 27/10/2020].

Marull, Y. (2004). G77 Completa 40 Anos com Desafio de Colocar Desenvolvimento na Agenda Internacional. *Folha de São Paulo*. [Em linha]. Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/folha/dinheiro/ult91u85450.shtml>>. [Consultado em 27/10/2020].

Milando, J. (2005). *Cooperação sem Desenvolvimento* [Coleção Estudos e Investigações, 39]. Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.

Milani, C. R. S. (2017). *ABC 30 anos: História e Desafios Futuros*. 1a ed. Brasília, DF, Agência Brasileira de Cooperação.

Minayo, M. C. S. (Org.). (2001). *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. Petrópolis, Vozes.

Muñoz, E. E. (2016). A Cooperação Sul-Sul do Brasil com a África. *Caderno CRH*, Salvador, 29(76), pp. 9-12. [Em linha]. Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/ccrh/v29n76/0103-4979-ccrh-29-76-0009.pdf>>. [Consultado em 15/10/2020].

Observatório Brasil e o Sul. (n.d.) *Cooperação Internacional para o Desenvolvimento. Técnica*. [Em linha]. Disponível em <<https://obs.org.br/cooperacao/conteudo/79-tecnica>>. [Consultado em 02/02/2020].

ONU News. (2019). *ONU Destaca “Grande Sucesso” da Conferência sobre Cooperação Sul-Sul*. [Em linha]. Disponível em <<https://news.un.org/pt/story/2019/03/1665401>>. [Consultado em 10/11/2020].

Pino, B. A. (2014). Evolução Histórica da Cooperação Sul-Sul. In: Souza, A. M. (Org.). *Repensando a Cooperação Internacional para o Desenvolvimento*. Brasília, DF, Ipea, pp. 57-86.

*Plán de Acción de Buenos Aires*. (n.d.). [Em linha]. Disponível em <[http://www.iri.edu.ar/publicaciones\\_iri/manual/Doc.%20Manual/Listos%20para%20s ubir/Cooperacion/sur-sur/plan\\_accion\\_buenos\\_%20aires.pdf](http://www.iri.edu.ar/publicaciones_iri/manual/Doc.%20Manual/Listos%20para%20s ubir/Cooperacion/sur-sur/plan_accion_buenos_%20aires.pdf)>. [Consultado em 22/10/2020].

Plataforma Agenda 2030. (n.d.). *A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.agenda2030.org.br/sobre/>>. [Consultado em 10/11/2020].

Politize! (2019). *Cooperação Sul-Sul para o Desenvolvimento: Independência ou Complementariedade?* [Em linha]. Disponível em <<https://www.politize.com.br/cooperacao-sul-sul-para-o-desenvolvimento-independencia-ou-complementariedade/>>. [Consultado em 27/10/2020].

Ribeiro, P. S. (n.d.). Émile Durkheim: Os Tipos de Solidariedade Social. *Brasil Escola*. [Em linha]. Disponível em <<https://brasilecola.uol.com.br/sociologia/Emile-durkheim-os-tipos-solidariedade-social.htm>>. [Consultado em 20/12/2020].

Ribeiro, T. R. M. (2012). *Das Missões à Comissão: Ideologia e Projeto Desenvolvimentista nos Trabalhos da “Missão Abbink” (1948) e da Comissão Mista Brasil-Estados Unidos (1951-1953)*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de História, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, DF.

Rodrigues, J. P. (2017). *O wolof, língua materna do Senegal*. [Em linha]. Disponível em <<https://pgl.gal/wolof-lingua-materna-do-senegal/>>. [Consultado em 27/04/2021].

Santana, J. P. (2011). Um Olhar Sobre a Cooperação Sul-Sul em Saúde. *Temas Livres. Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6). Rio de Janeiro.