

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
CURSO DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Pietro Barrios Tronco

**COOPERAÇÃO SANITÁRIA BRASIL-BRICS: COMPLEMENTAÇÃO
ECONÔMICA OU ESTRUTURAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE?**

Santa Maria, RS
2023

Pietro Barrios Tronco

**COOPERAÇÃO SANITÁRIA BRASIL-BRICS: COMPLEMENTAÇÃO
ECONÔMICA OU ESTRUTURAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE?**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Relações Internacionais, do Departamento de Economia e Relações Internacionais, Centro de Ciências Sociais e Humanas, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Bacharel em Relações Internacionais**.

Orientador: Prof. Dr. Ademar Pozzatti Junior

Santa Maria, RS
2023

Pietro Barrios Tronco

**COOPERAÇÃO SANITÁRIA BRASIL-BRICS: COMPLEMENTAÇÃO
ECONÔMICA OU ESTRUTURAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE?**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Relações Internacionais, do Departamento de Economia e Relações Internacionais, Centro de Ciências Sociais e Humanas, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Bacharel em Relações Internacionais**.

Aprovado em [dia] de [mês] de [ano].

Ademar Pozzatti Junior, Dr. (UFSM)
(Orientador)

Santa Maria, RS
2023

RESUMO

COOPERAÇÃO SANITÁRIA BRASIL-BRICS: COMPLEMENTAÇÃO ECONÔMICA OU ESTRUTURAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE?

AUTOR: Pietro Barrios Tronco
ORIENTADOR: Ademar Pozzatti Júnior

A presente pesquisa se insere em uma agenda de pesquisa desenvolvida na UFSM que investiga empiricamente a cooperação sanitária entre países em desenvolvimento, para que se possa verificar em que medida e como ela pode ser um instrumento de efetivação de direitos humanos. Nesse estudo, busca-se compreender a cooperação Sul-Sul em matéria sanitária a partir da análise e interpretação dos acordos internacionais firmados entre o Brasil e os demais países que compõem os BRICS - Rússia, Índia, China e África do Sul. O objetivo é verificar o perfil dessa cooperação, a fim de entender se ela segue algum padrão maior da cooperação sanitária brasileira já identificada por outros estudos acadêmicos, como a cooperação estruturante e emergencial em saúde, na medida em que se verificam ambos modelos na cooperação do Brasil com países da América Latina e da África. Nesse sentido, a presente investigação questiona a qual agenda a cooperação sanitária Brasil-BRICS corresponde, ou seja, se segue uma lógica de fortalecimento institucional, característico da cooperação estruturante em saúde, ou se segue as lógicas mais tradicionais de transferência de insumos médicos e de complementação econômica. Para tal fim, foi conduzida uma análise quantitativa e qualitativa a partir do levantamento documental, com a finalidade de localizar a abordagem brasileira para o setor. Duas questões norteiam esta pesquisa: a formalização do grupo BRICS catalisa a cooperação sanitária com os países envolvidos, transcendendo a agenda comercialista para a qual ele foi criado? A cooperação sanitária Brasil-BRICS apenas opera uma complementação econômica ou investe na estruturação dos sistemas de saúde? Os resultados desta investigação sugerem que a dimensão bilateral da cooperação em saúde entre esses países não catalisa a cooperação sanitária, uma vez que é incipiente e dispersa quanto às matérias tratadas pelos acordos. Além disso, os resultados apontaram para uma agenda mista de cooperação sanitária, com elementos da cooperação emergencial e da cooperação estruturante.

Palavras-chave: BRICS. Cooperação Sul-Sul. Cooperação Estruturante em Saúde. Direitos Humanos. Saúde.

ABSTRACT

BRAZIL-BRICS HEALTH COOPERATION: ECONOMIC COMPLEMENTATION OR HEALTH SYSTEMS STRUCTURING?

AUTHOR: Pietro Barrios Tronco
ADVISOR: Ademar Pozzatti Júnior

The present research is part of a research agenda developed at UFSM that empirically investigates health cooperation among developing countries to assess the extent to which and how it can be an instrument for the realization of human rights. In this study, the aim is to understand South-South cooperation in the health sector through the analysis and interpretation of international agreements signed between Brazil and the other countries that make up BRICS - Russia, India, China, and South Africa. The objective is to examine the profile of this cooperation in order to determine if it follows a larger pattern of Brazilian health cooperation already identified by other academic studies, such as structural and emergency health cooperation, as both models are observed in Brazil's cooperation with countries in Latin America and Africa. In this sense, the present investigation questions the agenda to which Brazil-BRICS health cooperation corresponds, namely, whether it follows a logic of institutional strengthening characteristic of structural health cooperation or if it follows more traditional logics of medical supply transfer and economic complementation. To this end, a quantitative and qualitative analysis was conducted based on documentary research to locate the Brazilian approach to the sector. Two questions guide this research: does the formalization of the BRICS group catalyze health cooperation with the involved countries, transcending the trade-oriented agenda for which it was created? Does Brazil-BRICS health cooperation only involve economic complementation or does it invest in the structuring of health systems? The results of this investigation suggest that the bilateral dimension of health cooperation between these countries does not catalyze health cooperation, as it is incipient and scattered in terms of the issues addressed by the agreements. Additionally, the results indicate a mixed agenda of health cooperation, encompassing elements of emergency cooperation and structural cooperation.

Keywords: BRICS. South-South Cooperation. Structuring Cooperation on Health. Human Rights. Health.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Número de atos internacionais em vigor firmados entre o Brasil com cada um dos países BRICS (250 atos internacionais)	46
GRÁFICO 2 - Número de atos internacionais em vigor Brasil-BRICS por mandato presidencial (250 atos internacionais)	47
GRÁFICO 3 - Proporção entre os atos internacionais em vigor gerais em relação aos atos internacionais em saúde Brasil-BRICS (250 atos internacionais).	48
GRÁFICO 4 - Atos internacionais em saúde em vigor firmados entre o Brasil e cada país BRICS (38 atos internacionais).	51
GRÁFICO 5 - Atos internacionais em saúde em vigor Brasil-BRICS firmados em cada mandato presidencial (38 atos internacionais).....	52
GRÁFICO 6 - Tipo normativo dos atos internacionais em setor saúde Brasil-BRICS (38 atos internacionais).....	54
GRÁFICO 7 - Matérias reguladas dos atos internacionais em saúde em vigor Brasil-BRICS (38 atos internacionais).	55
GRÁFICO 8 - Atos internacionais em vigor estritos e incidentais em saúde Brasil-BRICS (38 atos internacionais)	57
GRÁFICO 9 - Fortalecimento institucional dos atos em vigor em saúde Brasil-BRICS (38 atos internacionais).....	65
GRÁFICO 10 - Presença de mecanismos de consulta política nos atos em vigor em saúde Brasil-BRICS (38 atos internacionais).....	69
GRÁFICO 11 - Marcador de posição na relação entre os atos internacionais em vigor em saúde Brasil-BRICS (38 atos internacionais).....	70
GRÁFICO 12 - Indicadores de preocupação com legitimidade democrática dos atos internacionais em vigor em saúde Brasil-BRICS (38 atos internacionais).....	71

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Número de atos internacionais em vigor por setor da cooperação Brasil-BRICS (250 atos internacionais)	49
TABELA 2 - Indicador sobre consenso para divulgação presentes nos atos em vigor em saúde Brasil-BRICS (38 atos internacionais)	66
TABELA 3 - Indicador de encargos financeiros nos atos em vigor em saúde Brasil-BRICS (38 atos internacionais).....	67
TABELA 4 - Temas de destaque em declarações do BRICS (2011-2019).....	74
TABELA 5 - Atos internacionais em saúde que possuem fortalecimento institucional (oito atos internacionais)	75

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	9
2.	A COOPERAÇÃO SANITÁRIA E A AGENDA DOS BRICS	12
2.1	A AGENDA COOPERACIONAL DOS BRICS	12
2.1.1	A criação e os objetivos dos BRICS	13
2.1.2	A evolução da agenda dos BRICS	16
2.2	COOPERAÇÃO INTERNACIONAL SANITÁRIA BRASILEIRA	19
2.2.1	Cooperação emergencial/comercialista	19
2.2.2	Cooperação estruturante em saúde	22
2.3	REVISÃO DA LITERATURA QUE INVESTIGA A COOPERAÇÃO ESTRUTURANTE BRASILEIRA	25
2.3.1	Pesquisas sobre cooperação estruturante em saúde	25
2.3.2	Metodologias e resultados de pesquisas científicas sobre cooperação estruturante em saúde	29
3.	ANÁLISE QUANTITATIVA DOS ACORDOS EM SAÚDE	35
3.1	METODOLOGIA DO TRABALHO	35
3.2	MARCADORES QUE FUNDAMENTAM A ANÁLISE QUANTITATIVA DOS ACORDOS EM SAÚDE BRASIL-BRICS.....	41
3.3	LIÇÕES DA ANÁLISE QUANTITATIVA DO ACERVO BILATERAL.....	44
4.	A INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA DO PERFIL DA COOPERAÇÃO EM SAÚDE BRASIL-BRICS	59
4.1	MARCADORES QUE FUNDAMENTAM A ANÁLISE QUALITATIVA DOS ACORDOS EM SAÚDE BRASIL-BRICS.....	59
4.2	A INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA DO CONTEÚDO DOS ACORDOS EM SAÚDE BRASIL-BRICS.....	64
4.3	REFLEXÕES SOBRE AS DESCOBERTAS DA PESQUISA EMPÍRICA	72
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
	REFERÊNCIAS	85

1. INTRODUÇÃO

A cooperação estruturante em saúde (CES) é uma abordagem brasileira de cooperação Sul-Sul, conceituada por teóricos da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) a partir de 2009, ao destacar o protagonismo que o setor saúde passou a ter na inserção externa brasileira na virada do milênio (ALMEIDA et al., 2010; BUSS, 2018). A modalidade de cooperação sanitária em questão surge como uma alternativa a modelos que priorizam metodologias verticais, caracterizados por transferências de "pacotes prontos" (ALMEIDA et al., 2010, p. 27), nos quais se tem por foco central o combate de doenças específicas, razão pela qual boa parte da literatura especializada se refere a essa cooperação como emergencial (MACHADO; ALCANTARA, 2018; POZZATTI; FARIAS, 2020). Por sua vez, a cooperação estruturante é crítica a esse modelo, pois visa justamente a estruturação dos sistemas de saúde nacionais a partir do estabelecimento de relações horizontalizadas e de complementaridade entre as partes. As duas abordagens também diferem quanto ao seu foco temporal: enquanto a emergencial tem por objetivo combater efemeridades a curto prazo, a cooperação estruturante visa criar e estruturar sistemas para que, a longo prazo, possam ser eficientes, entre outros aspectos, no combate a doenças específicas. Justamente por isso, Pozzatti e Farias (2022b) argumentam que essas duas modalidades de cooperação são complementares, e não concorrentes.

No que concerne à atuação brasileira no âmbito das CES, ela é notadamente empreendida com países da América Latina e da África, nas quais a União de Nações Sul-Americanas (Unasul) e a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) se destacam por desenvolver um aparato institucional que desenvolveu essa modalidade de cooperação (ALMEIDA et al., 2010; BUSS; FONSECA, 2010; POZZATTI; FARIAS, 2022a). Nesse sentido, o conjunto de práticas e metodologias que compõem a CES é valioso para a presente empreitada, que tem como um de seus objetivos verificar se essas práticas transbordam para a cooperação em saúde com os países BRICS.

Segundo Pozzatti e Farias (2019), a cooperação estruturante possui duas dimensões. De acordo com os autores, na primeira, ela é o resultado da soma do problema, da solução e dos processos políticos, e toma a forma de um acordo internacional (POZZATTI; FARIAS, 2019). A presente pesquisa se insere nesse contexto, na medida em que prevê um estudo empírico dos acordos internacionais que formalizam a cooperação em saúde entre o Brasil e os BRICS. Quanto a isso, entende-se que esta pesquisa se propõe a analisar tão somente dos acordos internacionais firmados, e não fazer um acompanhamento da implementação da agenda de

cooperação em saúde Brasil-BRICS e seus possíveis impactos no âmbito doméstico, pois implicaria na análise de outros dispositivos e fontes.

Para tanto, é conduzido um levantamento documental dessa cooperação, a partir dos atos internacionais em vigor firmados pelo Brasil com a Rússia, Índia, China e África do Sul, atos estes disponíveis na plataforma Concórdia, do Ministério das Relações Exteriores. Os resultados desse levantamento apontaram para a existência de 250 atos internacionais em vigor. Novamente, esses acordos representam toda a história da cooperação, não apenas o período que compreende a concertação política desses países. Para o tratamento das fontes, este trabalho escolheu a combinação das análises quantitativa e qualitativa, abordagens estas que podem oferecer um panorama completo sobre o estado da arte dessa cooperação, bem como da agenda de saúde levada a cabo pelos BRICS.

Com isso em mente, esta pesquisa se justifica por dois motivos. Por um lado, está a necessidade de compreender a repercussão da cooperação sanitária internacional empreendida no âmbito do agrupamento composto por Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul (BRICS), de modo a entender até que ponto os arranjos de cooperação entre os países resultam em medidas sociais efetivas e concretas. Por outro lado, mostra-se igualmente importante uma reflexão sistemática sobre a agenda de cooperação sanitária posta em prática pelos países BRICS, com o intuito de investigar como os arranjos de cooperação desses países no setor saúde relacionam-se com a melhoria e/ou a construção de políticas públicas no Brasil.

A importância da análise dos arranjos cooperacionais entre os países é relevante para entender como a cooperação entre eles pode dar suporte para o enfrentamento de problemas globais, como a pandemia da Covid-19, ou também para o fortalecimento dos sistemas de saúde dos países BRICS para o enfrentamento das próximas pandemias. Se a literatura já argumenta que a formalização dos BRICS propiciou a criação de novas agendas multilaterais comuns, como a da saúde (STUENKEL, 2017), a análise dos arranjos cooperacionais desses países desde o início de sua cooperação possibilitará obter os insumos para responder a duas perguntas que norteiam esta pesquisa: a formalização do grupo BRICS catalisa a cooperação sanitária com os países envolvidos, transcendendo a agenda comercialista para a qual ele foi criado? A cooperação sanitária Brasil-BRICS apenas opera uma complementação econômica ou investe na estruturação dos sistemas de saúde?

Com base nas perguntas de pesquisa, o método de procedimento escolhido para esta investigação é o comparativo-histórico. Isso ocorre porque a investigação em curso analisa toda a história da cooperação Brasil-BRICS, não considerando apenas o momento da formalização do agrupamento em diante, mas sim todos os acordos internacionais firmados entre as partes.

Em razão disso, analisar toda a cooperação desses países, antes da formalização do BRICS, pode auxiliar a responder à pergunta de se há, ou não, catalisação na cooperação sanitária entre eles. Além disso, sob a perspectiva histórica, são comparados dois momentos principais: o antes e o depois da formalização do BRICS. Sendo assim, para responder à primeira pergunta de pesquisa, será necessária a comparação entre esses dois períodos.

O trabalho é dividido em três capítulos, além da introdução e considerações finais. O primeiro capítulo tem por objetivo apresentar uma revisão da literatura especializada que discute as duas principais agendas de cooperação sanitária, com a finalidade de conceituá-las e também apresentar pesquisas científicas acerca de casos concretos de cooperação em saúde do Brasil. Esse capítulo também objetiva realizar uma revisão da literatura sobre o agrupamento BRICS, ressaltando seu surgimento na política internacional, seus objetivos iniciais e agendas de cooperação.

O segundo capítulo conduz uma análise quantitativa dos atos internacionais em vigor entre o Brasil e os BRICS. O objetivo é compreender a geografia dos atos firmados entre o Brasil e os BRICS, a partir de um levantamento documental dos atos em vigor. Para alcançar o objetivo proposto, foram elencados diversos marcadores para analisar quantitativamente os atos internacionais, tanto sobre matéria geral como os do setor saúde. Os resultados dos dados obtidos foram condensados em forma de gráficos para facilitar a leitura dos marcadores selecionados nesta pesquisa. Além disso, essa seção debate a metodologia da pesquisa empírica.

Por fim, o terceiro capítulo analisa qualitativamente os atos internacionais em saúde firmados entre o Brasil e os BRICS. A análise do conteúdo dos acordos concentra-se em analisar a CES a partir de uma série de marcadores, os quais vão tratar aspectos relacionados ao fortalecimento institucional, horizontalidade da cooperação e legitimidade democrática, sendo os dois últimos fundamentados no trabalho de Torronteguy (2010) para fundamentar a escolha e justificativa de tais indicadores. Esse capítulo também contempla uma discussão acerca das descobertas da pesquisa como um todo, de forma a interpretar os dados empíricos a partir dos elementos da revisão da literatura inicial.

2. A COOPERAÇÃO SANITÁRIA E A AGENDA DOS BRICS

Este capítulo tem como objetivo discutir a formação do agrupamento BRICS, desde as primeiras produções do Goldman Sachs até as primeiras Cúpulas presidenciais e a formação de uma agenda comum para esses países, que acabou transbordando seus objetivos iniciais e alcançando outras temáticas. Além disso, o capítulo também discute as modalidades de cooperação internacional Sul-Sul e Norte-Sul em saúde, a fim de compreender suas características e objetivos, visto que são fundamentais para a compreensão da agenda Brasil-BRICS para o setor saúde ao longo desta investigação. Quanto ao setor saúde, a presente pesquisa faz um levantamento sobre a cooperação em saúde desempenhada pelo Brasil com outros países e instituições regionais, com a pretensão de compreender as práticas brasileiras no setor, o que também serve como modelo para analisar a dimensão da cooperação em saúde com os países BRICS. A primeira seção realizará um apanhado geral da agenda cooperacional dos BRICS, considerando, em um primeiro momento, o surgimento desses países como unidade política internacional, bem como os objetivos de sua concertação política e respectivas agendas de cooperação, com foco em entender melhor as dinâmicas multilaterais do agrupamento. A segunda seção abordará uma revisão da literatura referente à cooperação sanitária brasileira, analisando duas modalidades de cooperação em saúde: a estruturante e a emergencial. A terceira seção do capítulo terá como objetivo analisar pesquisas que se inserem no debate da cooperação estruturante em saúde, com a finalidade de compreender a abordagem brasileira a fundo, de modo a compreender alguns dos pontos centrais dessa agenda e como o Brasil opera seus projetos com países da América Latina, Central e com o continente africano, principalmente os países de língua portuguesa.

2.1 A AGENDA COOPERACIONAL DOS BRICS

Esta seção tem por objetivo apresentar um panorama geral da agenda de cooperação dos BRICS. Trata-se, portanto, de fazer um retrato histórico dos BRICS e o que levou a sua concertação política na metade final da década de 2000. Vale destacar que a análise dessa seção aborda o agrupamento entre Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul a partir dos anos 2000,

quando o termo BRICs foi encunhado para se referir a um grupo de países que apresentavam indicadores de rápido desenvolvimento econômico (O'NEILL, 2001). No entanto, a análise da cooperação bilateral entre esses países, objeto central da pesquisa, compreende um período anterior a esse e à própria decisão dos líderes desses países em direção a uma concertação política. Dessa maneira, se busca apresentar, em um primeiro momento, o surgimento do acrônimo BRICs nos jargões de política internacional (STUENKEL, 2017) e as ações que levaram às primeiras reuniões informais entre os presidentes dos BRICs, para então retratar os objetivos da criação deste grupo informal. Em um segundo momento, a agenda inicial do BRICs é discutida, bem como sua expansão para outras áreas além das finanças internacionais. Isso é fundamental para o propósito do presente capítulo, no qual se objetiva testar a hipótese de que a cooperação intra-BRICs é aprofundada e não corresponde, somente, aos objetivos iniciais do agrupamento.

2.1.1 A criação e os objetivos dos BRICS

No ano de 2001, o economista-chefe da Goldman Sachs, Jim O'Neill, identificou uma categoria de países em rápido desenvolvimento e de grande tamanho territorial que apresentavam uma alta taxa de crescimento do PIB, compartilhando indicadores econômicos semelhantes de PIB *per capita* e população (O'NEILL, 2001). Como se tratava de uma análise econômica, os aspectos políticos, sociais e culturais desses países foram deixados de lado na pesquisa de O'Neill (STUENKEL, 2017). Assim, o acrônimo BRICs foi cunhado pela primeira vez para se referir às economias do Brasil, Rússia, Índia e China no estudo de O'Neill (2001) intitulado *Building Better Global Economic BRICs*, devido à capacidade desses países de transformar a economia global.

Em 2003, uma nova análise da Goldman Sachs intitulada "Dreaming with the BRICs: The Path to 2050" sinalizou um crescimento exponencial das economias dos BRICs, prevendo que até meados de 2050 elas seriam maiores que as do G6¹ (WILSON; PURUSHOTHAMAN, 2003). Esse estudo também projetou o crescimento econômico da África do Sul em comparação com o dos BRICs, indicando um crescimento similar da economia da África Austral. No entanto, como sustenta Stuenkel (2017), essa análise contribuiu para que o termo BRICs fosse

¹ Para fins desse estudo, os autores buscaram comparar a projeção a longo prazo do crescimento das economias de Brasil, Rússia, Índia, China com a dos países do G6, que até então era composto pelas economias dos Estados Unidos, Japão, Reino Unido, Alemanha, França e Itália que possuíam, em 2003, um Produto Interno Bruto (PIB) superior a um trilhão de dólares.

incorporado à política internacional, rompendo com os limites do mundo financeiro no qual as análises desse grupo de países estavam inseridas.

Até o início dos anos 2000, os países que compõem os BRICS exploraram possibilidades de cooperação entre si por meio de fóruns trilaterais que receberam menos atenção internacional, como o Fórum de Diálogo Índia, Brasil e África do Sul (IBAS) e os "RICs", focados em examinar temas da agenda internacional e de interesse mútuo. Somente em 2006 a ideia de Jim O'Neill se tornaria realidade, a partir da proposta do ministro das Relações Exteriores da Rússia, Sergey Lavrov, de criar um grupo adicional aos então "RICs" que incluísse o Brasil (STUENKEL, 2013a). Assim, à margem da 61ª Assembleia Geral da ONU, em 20 de setembro de 2006, os ministros das Relações Exteriores do Brasil, Rússia, Índia e China organizaram uma reunião informal para discutir assuntos políticos e globais relevantes à época. Stuenkel (2017) aponta duas razões principais para a unificação inicial dos BRICS: o descontentamento com a distribuição de poder no FMI e no Banco Mundial; e a indisposição do G8 em integrar potências emergentes.

Em 24 de setembro de 2007, às margens da 62ª Assembleia da ONU, o Brasil sinalizou interesse em aprofundar o diálogo entre as partes, a fim de organizar uma cúpula separada, que acabou ocorrendo no ano seguinte, em Ecatimburgo, na Rússia, entre os ministros das Relações Exteriores dos BRICs. Essa reunião aconteceu em 16 de maio de 2008. Meses depois, em 7 de novembro de 2008, os ministros das Finanças e os presidentes dos Bancos Centrais dos respectivos países encontraram-se em São Paulo para discutir a crise financeira mundial desencadeada pela falência do Lehman Brothers. O despontar da crise abriu uma janela de oportunidade para os países BRICs ampliarem sua voz como potências emergentes, a fim de definir a agenda política da época, aproveitando esse momento para adaptar a configuração das estruturas globais em seu benefício, em um período de crise de legitimidade da ordem financeira internacional e dos países desenvolvidos (STUENKEL, 2017; COOPER, 2016). A partir disso, diversas reuniões foram realizadas em 2008 entre ministros das finanças e presidentes dos Bancos Centrais do recente grupo, com o objetivo de atenuar os impactos da crise e estabelecer um diálogo para a convergência das agendas políticas dos BRICS, especialmente na área das finanças internacionais (STUENKEL, 2017).

Como destacou Celso Amorim, ministro das Relações Exteriores do Brasil na época:

Devemos também continuar promovendo a reforma e a atualização das instituições financeiras internacionais. O assunto será abordado em novembro, na reunião dos ministros da Economia dos Brics, proposta pelo Brasil. [...] A perspectiva de nossos países é fundamental para fazer avançar a discussão de alguns temas globais e a própria governança mundial (AMORIM, 2008).

O dia 16 de junho de 2009 foi um marco importante para o agrupamento em razão da 1ª Cúpula dos Líderes dos BRICs, sediada em Ecatemburgo, na Rússia, na qual contou com a participação do presidente brasileiro Luís Inácio Lula da Silva, do presidente russo Dmitri Medvedev, do primeiro-ministro indiano Manmohan Singh e do presidente chinês Hu Jintao. A Declaração Conjunta da cúpula reiterou o papel central do G20 na superação da crise financeira de 2008, bem como destacou o compromisso do BRICs em promover reformas nas instituições financeiras internacionais – FMI e Banco Mundial – de modo a torná-las mais democráticas e transparentes; reafirmou o interesse mútuo de aumentar a cooperação nas áreas econômicas e das finanças; a implementação do desenvolvimento sustentável; o combate ao terrorismo; o fomento a cooperação no campo energético, da ciência e da educação; e o engajamento com a diplomacia multilateral no âmbito das Nações Unidas, reiterando a importância do Brasil e da Índia desempenharem um papel de maior importância na organização (BAUMANN et al, 2015).

A 2ª Cúpula dos Líderes dos BRICs ocorreu um ano depois, em 2010, na cidade de Brasília, em 16 de abril. A Declaração Conjunta reforçou os principais pontos da cúpula de 2009, indicando continuidade na agenda financeira estabelecida anteriormente, como a transformação da governança global em diversas áreas, o papel do G20 no combate à crise de 2008 e a reforma institucional das instituições de Bretton Woods (BAUMANN et al, 2015). Também foi destacado o interesse em áreas como agricultura, desenvolvimento, combate à pobreza, segurança, cooperativas e institutos de pesquisa (*Think Tanks*) (BAUMANN et al, 2015).

A 3ª Cúpula dos BRICS ocorreu em Sanya, no ano de 2011, e marcou a entrada da África do Sul como o quinto membro do grupo, modificando o nome de BRICs para BRICS. No Plano de Ação divulgado conjuntamente com a Declaração, as partes expressaram o desejo de explorar possibilidades de cooperação nas áreas de ciência, tecnologia e inovação, além de fortalecer o diálogo no campo social, com destaque para o setor da saúde e o combate ao HIV/AIDS (BAUMANN et al, 2015).

Tendo em mente que um dos objetivos centrais que constituiu a parceria dos BRICs foram o descontentamento com a arquitetura financeira internacional, a crise de 2008 se mostrou como uma oportunidade para mudanças dessas estruturas a partir da convergência das agendas dos países BRICs com a finalidade de alterá-las. Exemplo disso foi o uso da plataforma BRICs antes dos encontros do G-20 como um instrumento para se organizarem politicamente, o que resultou na articulação de diversas demandas para eleições mais transparentes e abertas

para os chefes das instituições de Bretton Woods, que eram escolhidos por nomeação. No encontro de 2009 da Cúpula do G-20, a Declaração Oficial continha diversas recomendações feitas pelos BRICs para a reforma do FMI e do Banco Mundial, o que refletiu o desejo desses países em possuírem maior poder e espaço no processo decisório dessas instituições (STUENKEL, 2017). Desde então, os líderes dos países BRICS têm se reunido anualmente para discutir questões internacionais relevantes, a fim de aprofundar o processo de concertação política entre os países e promover a cooperação dentro do bloco. Essas discussões resultaram na construção de agendas que transbordam o campo das finanças internacionais, como será abordado na subseção 2.1.2.

2.1.2 A evolução da agenda dos BRICS

A cooperação entre os BRICS inicialmente foi pautada por uma agenda financeira e econômica, com foco na mitigação dos efeitos da crise de 2008 e na reforma de instituições financeiras, de modo a influenciar a agenda do G-20 por um breve período (STUENKEL, 2013; DUGGAN, 2015), e que culminou com a reforma das cotas do FMI (STUENKEL, 2017). Diante disso, a partir de 2010, se observa uma evolução da agenda dos BRICS para além das finanças internacionais, visto que, por um certo momento, conseguiram definir uma agenda coesa – quanto a seus objetivos de reformar as instituições financeiras internacionais –, o que conferiu aos tomadores de decisão a confiança necessária para o aprofundamento da cooperação intra-BRICS (STUENKEL, 2017). Nessa seara, o autor sustenta que “[...] a cooperação intra-BRICS está claramente se tornando menos política e mais técnica, conforme cada vez mais burocratas de ministérios diferentes se envolvem no processo [...]” (STUENKEL, 2017, p. 42). Além disso, conclui que “um subproduto natural dos vínculos crescentes intra-BRICS são os laços bilaterais mais fortes entre os membros do grupo” (STUENKEL, 2017, p. 42). Por fim, a conclusão do autor se encaixa na presente pesquisa, uma vez que se questiona a ocorrência de um aumento nas relações bilaterais entre os BRICS – a partir da análise dos atos internacionais em vigor entre os países – após o nascimento do grupo.

Já na Declaração de Ecatimburgo (2009), os países reafirmaram seu interesse de aprofundar a cooperação nas áreas de ciência e educação entre si, com foco na pesquisa e desenvolvimento de tecnologias avançadas. Já na Declaração de Brasília (2010), os países BRICS expandiram sua cooperação em direção das novas iniciativas setoriais, como para segurança, agricultura, judiciário, dentre outras que acaba por reafirmar o esforço desses países em identificar temas de interesse comuns entre si (BAUMANN et al, 2015). No ano seguinte,

a Declaração e o Plano de Ação de Sanya (2011) além de reafirmarem o compromisso com a atual agenda de cooperação entre o agrupamento, inaugurou novas áreas de cooperação, como o encontro de Cidades Irmãs e Governos Locais do BRICS; pesquisas conjuntas sobre questões econômicas e comerciais; e reuniões entre ministros da Saúde.

No âmbito da ciência e tecnologia, as primeiras reuniões se iniciaram em 2011, apesar da primeira reunião entre ministros da pasta se dar em 2014, na qual foram apontadas cinco áreas temáticas para fortalecer a cooperação nessa seara: mudanças climáticas e desastres naturais; recursos hídricos e tratamento da poluição; tecnologia geoespacial e suas aplicações; novas energias, energia renovável e eficiência energética; e astronomia (STUENKEL, 2017). Outra área de destaque é a cooperação entre Cidades Irmãs e Governos Locais do BRICS, que teve sua reunião de inauguração em 2011, em Sanya, tendo como objetivo a criação de uma agenda comum, com o foco em questões relacionadas à urbanização, finanças e meio-ambiente, nas quais se exploram as capacidades de cada país (DE SÁ; BORGES, 2021). Essa área de cooperação tem sido muito profícua, sendo que, até o momento, reuniões anuais são realizadas entre as partes, de modo que se aproxima a esfera local e as dinâmicas globais, visto que são uma forma de, por meio de esforços conjuntos, concretizar objetivos de desenvolvimento local, bem como centrais para a implementação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (DE SÁ; BORGES, 2021; BRASIL, 2022).

Como citado anteriormente, o tema da saúde foi mencionado pela primeira vez na Declaração de Sanya (2011), na qual os países BRICS ressaltaram seu compromisso em aprofundar o diálogo e a cooperação no setor. Depois disso, os ministros da saúde dos países BRICS começaram a se encontrar todos os anos, além das reuniões entre os presidentes, mostrando que os governos estão interessados em discutir assuntos relacionados à saúde (STUENKEL, 2017; FUJIKAWA, 2018). Um ponto importante a se destacar são os desafios comuns que os países BRICS enfrentam nesse campo (STUENKEL, 2017), de modo que a saúde pública se mostra uma área profícua para a cooperação, na medida que esses países podem aproveitar suas capacidades individuais em determinados setores da saúde para estabelecer cooperação técnica entre si, tanto em nível multilateral, como bilateralmente.

Os países do BRICS são notáveis fabricantes de remédios e vacinas de baixo custo no Sul global, e, durante a pandemia da Covid-19, Rússia, Índia e China se destacaram na produção de vacinas e de ingredientes farmacêuticos ativos para sua produção (HOIRISCH, 2020; POZZATTI; FARIAS, 2022b; STUENKEL, 2017). O Brasil, por sua vez, teve êxito no combate à epidemia do HIV/AIDS nos anos 1990, de tal maneira que compartilhou sua expertise para

países-vizinhos da América do Sul e para os BRICS (BUSS; FERREIRA; HOIRISCH, 2014; POZZATTI; TRINDADE, 2019).

A primeira reunião entre os ministros de Saúde do BRICS ocorreu em Beijing, no ano de 2011. Na declaração do encontro foi acordado que o diálogo entre os ministros seria institucionalizado, bem como o dos Representantes Permanentes em Genebra, que acontece às margens da Assembleia Mundial da Saúde anualmente. No Art. 3º da Declaração, destaca-se a criação de projetos de cooperação nos moldes Sul-Sul, bem como de cooperação triangular² (BRASIL et al, 2011). O acesso a serviços de saúde e medicamentos, custos de saúde, doenças transmissíveis como o HIV e tuberculose e doenças não-transmissíveis foram uma das principais áreas destacadas na declaração, problemas que todos os cinco países enfrentam.

Com isso em mente, uma das iniciativas mais exitosas do grupo foi no combate à tuberculose, por meio da criação da Rede de Pesquisa de Tuberculose dos BRICS em 2017³. Fujikawa (2018) aponta que os países do agrupamento representam cerca de 50% dos casos estimados da doença no mundo inteiro, o que resultou, em 2014, a convergência política em torno do tema e o desenvolvimento do Plano de Cooperação em Tuberculose. O estabelecimento da Rede de Pesquisa se deu a partir do Plano de Cooperação, e desde o momento de sua implementação até a metade de 2021 foram realizados 10 encontros da Rede, de modo a indicar o comprometimento dos países BRICS em prevenir a tuberculose dentro de seus territórios (FUJIKAWA, 2018).

O surgimento da Covid-19 no fim de 2019 e o início da pandemia no começo de 2020 trouxeram uma miríade de desafios e implicações de diversas ordens aos países do agrupamento, o que refletiu em uma agenda focada em conter os impactos socioeconômicos das medidas sanitárias impostas para o combate do vírus, por meio da concessão de empréstimos por parte do novo banco de desenvolvimento dos BRICS (NEW DEVELOPMENT BANK, 2020). Por outro prisma, o ano de 2021 trouxe uma maior articulação dos países BRICS quanto à agenda da saúde, ao passo em que a Declaração da Cúpula anunciou o lançamento do “BRICS Vaccine Research and Development Centre”⁴, um centro para facilitar o acesso a vacinas para a Covid-19, além de iniciativas para troca de dados

² Para a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), entende-se por cooperação triangular “como uma modalidade da cooperação Sul-Sul brasileira, ou seja, como um arranjo alternativo e complementar aos esforços bilaterais brasileiros”. Desse modo, a cooperação triangular pode envolver organismos internacionais ou somente países parceiros. AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO (ABC). **Cooperação Triangular**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://www.abc.gov.br/projetos/cooperacaosulsul/cooperacaotriangular>. Acesso em: 24 jan. 2023.

³ FUJIKAWA, Eduardo S. A concertação política e a cooperação em saúde no BRICS. In: **Saúde e Política Externa**: os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018). Ministério da Saúde, 2018.

⁴ BRASIL et al. **XI BRICS Health Ministers’ Meeting Declaration**: India. Republic of India, 2021. Disponível em: <http://www.brics.utoronto.ca/docs/210728-health.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2023.

sobre sequências de genomas e do “BRICS Integrated Early Warning System for preventing mass infectious diseases risks”⁵, com a finalidade de acabar com patógenos antes que eles progridam para uma pandemia (BRASIL et al, 2021).

Visto um panorama do transbordamento da agenda cooperacional dos BRICS, o próximo capítulo vai discutir a cooperação internacional sanitária brasileira, para posteriormente verificar como ela encontra ou não diálogo no âmbito dos BRICS.

2.2 COOPERAÇÃO INTERNACIONAL SANITÁRIA BRASILEIRA

Esta seção do capítulo tem por função discutir brevemente como o Brasil tem utilizado a cooperação internacional em saúde como componente de sua política externa, sobretudo no período que compreende os mandatos do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010) e da Presidenta Dilma Rousseff (2011-2016), visto que foram períodos em que houve maior aproximação com o Sul global, bem como a saúde se tornou um componente da cooperação Sul-Sul promovida pelo país (ALMEIDA et al, 2010). Assim sendo, a literatura especializada identifica duas modalidades distintas de cooperação em saúde que serão basilares para a presente pesquisa, visto que são modelos que, apesar de serem contrapostos – em relação as suas abordagens, métodos e objetivos –, eles podem ser complementares (POZZATTI; FARIAS, 2022a). Assim sendo, essas modalidades/tipologias são referências para a análise quantitativa e qualitativa dos próximos capítulos desta pesquisa, na medida em que a análise dos acordos bilaterais vai fornecer os dados necessários para situarmos onde a cooperação Brasil-BRICS em saúde se encontra. A primeira parte busca apresentar o que se entende por cooperação emergencial em saúde, que tem por foco a doação de insumos e serviços sanitários, de modo que funciona como uma medida a curto prazo para responder a problemas que necessitam respostas urgentes. Em um segundo momento, a concepção de cooperação estruturante em saúde é discutida, bem como sua metodologia de trabalho e objetivos centrais que a fazem ser um modelo com foco na estruturação de sistemas e no planejamento à longo prazo.

2.2.1 Cooperação emergencial/comercialista

⁵ Ibid, 2021.

Entende-se por cooperação emergencial em saúde, ou também cooperação humanitária, como uma modalidade de cooperação baseada na doação de suprimentos, remédios, equipamentos e comida, que buscam responder, a curto prazo, cenários em que as concessões desses suprimentos são fundamentais para a sobrevivência humana (MACHADO; ALCÂNTARA, 2018; POZZATTI; FARIAS, 2020). Nesse sentido, isso se relaciona à própria institucionalização da cooperação internacional para o desenvolvimento (CID), também conhecida por cooperação Norte-Sul (CNS), que se estabeleceu no início dos anos 1950 e que é caracterizada pela ajuda orçamentária (MILANI, 2016).

Na perspectiva do setor saúde, “desde a década de 1950 os enfoques de cooperação internacional na área da saúde têm variado, acompanhando as tendências da reflexão sobre o desenvolvimento” (ALMEIDA et al, 2010, p. 27). Nessa esteira, se observa que essa modalidade se estrutura via programas verticais, com foco na contenção de doenças específicas, sem se preocupar com o fortalecimento institucional dos sistemas de saúde (ALMEIDA et al, 2010; FERREIRA; FONSECA, 2017; POZZATTI; FARIAS, 2022a).

A literatura referente à matéria observa uma evolução quanto a agenda das ações humanitárias, em especial sua evolução conceitual ao longo das quatro Convenções de Genebra e de Resoluções da Assembleia Geral das Nações Unidas, notadamente a Resolução A/RES/46/182, que estabelece certos princípios para a assistência humanitária, sendo eles: a humanidade, a neutralidade e a imparcialidade (MACHADO; ALCÂNTARA, 2018).

Em sintonia com a evolução conceitual citada anteriormente, o Brasil passa a adotar uma nova perspectiva quanto a assistência humanitária, chamando-a de “cooperação humanitária” (MACHADO; ALCÂNTARA, 2018, p. 256). Nessa seara, o Brasil entende por cooperação humanitária internacionais ações que visam

proteger, evitar, reduzir ou auxiliar outros países ou regiões que se encontrem, momentaneamente ou não, em estado de calamidade pública ou situações de emergência, de risco iminente ou grave ameaça à vida, à saúde, à proteção dos direitos humanos ou humanitários de sua população (BRASIL, 2006).

No Brasil, a Assessoria Especial de Assuntos Internacionais (AISA) coordena todas as ações de cooperação internacional que são empreendidas no âmbito do Ministério da Saúde, tal como a cooperação emergencial, que “visa ao apoio às populações atingidas por catástrofes naturais e/ou humanitárias, com a doação de medicamentos e insumos de saúde” (MACHADO; ALCÂNTARA, 2016, p. 258). Ainda que a cooperação emergencial seja importante para o enfrentamento de doenças específicas/epidemias, ao passo em que fornece provisões básicas e

imediatas para o combate destas, este é um modelo de cooperação que não promove “uma agenda horizontal de cooperação, destinada ao desenvolvimento autônomo dos países do Sul global” (POZZATTI; FARIAS, 2020, p. 8).

Essa cooperação emergencial dialoga com a tradicional Cooperação Norte-Sul (CNS), que passou por um processo de institucionalização após o fim da Segunda Guerra Mundial e o início da Guerra Fria, para “promover a cooperação a cooperação entre as nações do ‘mundo livre’” (MILANI, 2014, p. 33). Para tanto, este modelo de cooperação foi viabilizado por meio do estabelecimento do sistema onusiano e das instituições de Bretton Woods, ao passo que ligam o desenvolvimento e o progresso a indicadores econômicos, embora isso represente uma agenda de interesse dos países do Norte (POZZATTI; ROGOVSCHI, 2018), que se beneficiam desse arcabouço institucional criado em prol do progresso da humanidade. Com isso em mente, “a promoção do crescimento e desenvolvimento dos países receptores da CID foi caracterizada, inicialmente, por ações visando predominantemente transferências de recursos financeiros aos PED, com foco em projetos que apoiassem, por exemplo, a criação ou incremento de infraestrutura” (TOMAZINI, 2017, p. 32).

Nesse sentido, a agenda de CNS “[...] vai ao encontro do movimento de descolonização que se estendeu por todo o século XX” (POZZATTI; ROGOVSCHI, 2018, p. 32), na medida em que a independência política desses países que anteriormente eram colônias escancarou suas debilidades nas esferas socioeconômicas. Assim, os autores apontam que “[...] se fez necessário um ‘remédio’ para dar conta da grande desigualdade socioeconômica entre as ex metrópoles e as ex colônias” (POZZATTI; ROGOVSCHI, 2018, p. 32). Contudo, embora que esses países tenham deixado de ser colônias, a lógica colonial se mantém, uma vez que “[...] a consistência da ajuda financeira figura como uma reprodução da lógica colonial visto que não rompe com a epistemologia dicotômica e linear do assistencialismo” (POZZATTI; ROGOVSCHI, 2018, p. 34).

Como visto anteriormente, a lógica da CNS se dá a partir de práticas que verticalizam o processo e que estabelecem uma relação hierárquica entre as partes. Por conseguinte, essas práticas se inserem em diversas agendas de cooperação, dentre elas, a do setor saúde, apesar de haver esforços que busquem alternativas para esta lógica. Ferreira e Fonseca (2017) apontam para a necessidade de reforço e transformação dos sistemas de saúde, para uma orientação que supere o combate a doenças específicas - abordagem tradicional -, de modo a permitir um fortalecimento institucional para o enfrentamento das mais diversas enfermidades, criando condições para a construção de novas políticas no setor. Tendo isso em vista, a abordagem estruturante dos sistemas de saúde surge como uma modalidade de cooperação que promove

mudanças estruturais mais profundas nas políticas e nos sistemas de saúde (ALMEIDA et al, 2010; FERREIRA; FONSECA, 2017), assunto este que será abordado na seguinte seção do capítulo.

2.2.2 Cooperação estruturante em saúde

No despontar do novo milênio, a cooperação Sul-Sul (ou cooperação técnica entre países em desenvolvimento) recebeu atenção especial na política externa brasileira, que passou a ter caráter autonomista e concentrou suas atenções no Sul global (VIGEVANI, CEPALUNI, 2007). A cooperação Sul-Sul ganhou importância estratégica nesse período, visto que é uma modalidade de cooperação que ocorre entre dois países em desenvolvimento, a qual prioriza o estabelecimento de uma relação horizontalizada e de complementaridade entre as partes (ALMEIDA et al, 2010; MILANI; CARVALHO, 2013). Não somente, a CSS se baseia no compartilhamento de expertise e ideias, por meio do intercâmbio de práticas e políticas públicas exitosas e que atendam às necessidades do país parceiro, de modo a contribuir para a construção de soluções a partir das capacidades dos cooperantes (MILANI; LOPES, 2014; TOMAZINI, 2017; POZZATTI; FARIAS, 2019).

Por sua vez, a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), que faz parte do Ministério das Relações Exteriores (MRE), é o órgão responsável pela gestão dos projetos brasileiros no âmbito da CSS, o que inclui sua coordenação, negociação, aprovação, acompanhamento e avaliação (ABC, 2013). Nesse sentido, a ABC também atua na formulação de manuais que buscam padronizar a gestão dessa cooperação⁶, bem como as prioridades estabelecidas para a implementação dos projetos de CSS. Conforme a ABC,

os programas de cooperação do Brasil para o exterior permitem compartilhar conhecimentos, experiências e boas práticas por intermédio do desenvolvimento de capacidades humanas e institucionais de outros países, com vistas a que o país parceiro alcance um salto qualitativo de caráter estruturante duradouro (ABC, 2012).

De maneira complementar aos objetivos da CSS, Milani e Carvalho (2013) apontam que

a ABC adere ao termo “cooperação técnica entre países em desenvolvimento” (CTPD), deixando de lado um leque mais amplo de postulações e atividades que podem incluir esforços de coordenação diplomática entre países em desenvolvimento ou de integração de suas infraestruturas produtivas em espaços regionais (2013, p. 16).

⁶ ABC - Agência Brasileira de Cooperação. **Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul- Sul**. Brasília: Ministério das Relações Exteriores, 2013.

Assim sendo, a ABC emprega o termo “cooperação técnica Sul-Sul” para se referir ao intercâmbio técnico de práticas e expertises tendo o Brasil como protagonista desse modelo, que representa, também, um vetor de sua inserção internacional (ABC, 2013). Essa concepção de cooperação técnica é justamente aquela que guia a presente pesquisa, em face de situar a cooperação internacional brasileira no âmbito da saúde, de modo a questionar se reproduz padrões Norte-Sul de cooperação – este visto na última subseção –, ou se ela é horizontalizada, característica do modelo Sul-Sul.

Nessa esteira, o setor saúde tornou-se uma das áreas prioritárias dentro da cooperação técnica empreendida pelo país e, com isso, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) passou a exercer um papel central na promoção desta cooperação na América do Sul e na África (ALMEIDA et al, 2010; ABC, 2013). Um dos pontos centrais da discussão está em como o Brasil passou a desenvolver um modelo de cooperação Sul-Sul que era crítico aos modelos de cooperação Norte-Sul, notadamente a cooperação emergencial, com foco em doenças específicas (ALMEIDA et al, 2010; FERREIRA; FONSECA, 2017; POZZATTI; FARIAS, 2022a).

Esses programas verticais, que configuram a agenda predominante de cooperação em saúde, “não contribuem para o fortalecimento do sistema como um todo; ao contrário, levam à fragmentação e à debilidade do mesmo, seja pelo recrutamento do melhor pessoal disponível no país, seja por se concentrarem em certas áreas, abandonando outras áreas prioritárias” (BUSS; FERREIRA, 2010, p. 96). Como alternativa a cooperação emergencial em saúde, predominantemente vertical, a cooperação estruturante em saúde (CES) surge a partir das experiências brasileiras no âmbito da cooperação Sul-Sul durante a primeira década do século XXI (ALMEIDA et al, 2010). Assim sendo, ela é uma forma de cooperação

centrada no fortalecimento institucional dos sistemas de saúde dos países parceiros, combinando intervenções concretas com a construção de capacidades locais e a geração de conhecimento, e ainda promovendo o diálogo entre atores, de forma a possibilitar que eles assumam o protagonismo na liderança dos processos no setor saúde e promovam a formulação autônoma de uma agenda para o desenvolvimento futuro na saúde (ALMEIDA et al, 2010, p. 28).

Nesse sentido, a CES é baseada em três pilares principais: a determinação social da saúde, a cooperação internacional numa vertente colaborativa e o planejamento estratégico em saúde (FONSECA; BUSS, 2017). A mesma é inovadora, também, pois além de fazer com que instituições estruturantes - Ministérios da Saúde; Institutos Nacionais de Saúde; e Instituições

de Formação de Recursos Humanos - promovam mudanças políticas mais profundas, no sentido de que geram conhecimentos a partir da cooperação, ela é uma modalidade inovadora pois

a) integra o desenvolvimento de recursos humanos com o organizacional e institucional e b) parte da exploração dos recursos e capacidades endógenas de cada país para que os próprios atores locais possam assumir a liderança necessária para a formulação de uma futura agenda de desenvolvimento da saúde e sua implementação sustentável. (FERREIRA; FONSECA, 2017, p. 2131).

Ela combina aspectos centrais da cooperação Sul-Sul, como o foco na cooperação horizontal, evidenciada pela igualdade entre as partes, seja pelo intercâmbio de experiências, resultados e responsabilidades, indo além da cooperação puramente técnica, direcionando-se para o *capacity building* (ALMEIDA et al, 2010; FERREIRA; FONSECA, 2017). Se a cooperação Sul-Sul foca no treinamento e na formação de recursos humanos, a cooperação estruturante busca promover uma mudança mais profunda dentro do sistema de saúde, através da cooperação entre instituições estruturantes, de modo a alterar as políticas e as práticas em determinada área, com a finalidade de estruturar os sistemas de saúde nacionais (ALMEIDA et al, 2010).

Contudo, apesar dos modelos de cooperação emergencial e estruturante serem distintos, pois apresentam metodologias de trabalho e objetivos diferentes, as duas modalidades podem ser complementares. Em estudo sobre a epidemia do HIV e o seu combate por meio da Rede de Laços Sul-Sul, Pozzatti e Farias (2020) concluem, a partir da análise dos acordos bilaterais em vigor firmados entre o Brasil e os países da referida Rede, que as duas modalidades de cooperação são necessárias e complementares, uma vez que “os atos de construção de capacidades concentram-se em maior quantidade nas áreas que correspondem aos principais objetos de doação (de alimentos e ARV), segurança alimentar e HIV” (POZZATTI; FARIAS, 2020, p. 15). Para os referidos autores, a cooperação emergencial, caracterizada pela doação de insumos e medicamentos, e a cooperação estruturante brasileira, baseada no fortalecimento de capacidades endógenas, atuam de maneira complementar à outra, pois a construção dessas capacidades auxiliam na efetividade dos medicamentos doados, bem como estabelece uma base para o enfrentamento do HIV a longo prazo (POZZATTI; FARIAS, 2020).

No que compete a cooperação realizada bilateralmente entre o Brasil e os países BRICS, a análise dos atos internacionais em vigor firmados entre as partes, a ser realizada no próximo capítulo, fornecerá as evidências para responder à pergunta se a cooperação sanitária Brasil-BRICS é emergencial, ou estruturante. Tendo em vista que os principais parceiros em projetos de cooperação estruturante em saúde do Brasil são as regiões da América Latina e África,

sobretudo no âmbito da União das Nações Sul-Americanas (UNASUL) e da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) (ALMEIDA et al, 2010; FERREIRA; FONSECA, 2017; POZZATTI; FARIAS, 2020), se indaga se a cooperação Brasil-BRICS também reproduz o modelo de cooperação estruturante observado nessas regiões, ou se ao menos possui indicadores que apontam para possibilidades desta modalidade de cooperação.

2.3 REVISÃO DA LITERATURA QUE INVESTIGA A COOPERAÇÃO ESTRUTURANTE BRASILEIRA

Esta seção do capítulo tem por finalidade fazer uma revisão bibliográfica dos trabalhos que tratam sobre cooperação Sul-Sul brasileira, seja por abordagens estruturantes, como o caso da saúde, ou por meio da cooperação técnica em outros setores. Além de complementar com o que foi visto na seção anterior, mostra-se necessário discutir como o Brasil utiliza a cooperação estruturante em saúde (CES) com outros países do Sul global, de modo que a presente pesquisa se propõe a entender se isso também reflete na cooperação Brasil-BRICS. Não somente, compreender os métodos de pesquisa implementados em diferentes pesquisas mostra-se necessário para o entendimento da presente investigação, uma vez que podem contribuir para uma melhor interpretação dos resultados obtidos nos próximos capítulos. Assim, a primeira parte dessa seção vai tratar a produção científica sobre CES, ao revisar algumas contribuições acadêmicas neste campo. A segunda parte tem por objetivo investigar a metodologia dos trabalhos selecionados de cooperação estruturante em saúde, vistos na subseção anterior, bem como os resultados dessas produções científicas.

2.3.1 Pesquisas sobre cooperação estruturante em saúde

Esta seção busca revisar a literatura que aborda a cooperação estruturante em saúde (CES) brasileira, com o intuito de apresentar as principais ações externas brasileiras na internacionalização de políticas de saúde pública que foram exitosas em âmbito nacional. Isso se deve a constituição da Rede de Políticas de Saúde Pública, que data dos anos 1950, quando se desenvolveu o movimento sanitário durante a ditadura militar no Brasil e que, com a redemocratização brasileira, estabeleceu o direito à saúde como um direito à cidadania, uma obrigação do Estado brasileiro, através do qual o Sistema Único de Saúde (SUS) teria papel central em assegurar esse direito (ESTEVEZ; GOMES; FONSECA, 2016). Em vista disso, os autores citados anteriormente apontam que “a construção de um sistema de saúde pública

orientado pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social” (ESTEVEES; GOMES; FONSECA, 2016, p. 208) é guiada por uma extensão internacional do setor, por meio da “promoção de normas internacionais relacionadas ao direito à saúde e à construção/provisão de bens públicos globais relacionais” (ESTEVEES; GOMES; FONSECA, 2016, p. 208).

Nessa senda, a mudança de foco na política externa brasileira durante os governos Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) e Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010) acabaram por utilizar da cooperação técnica como um dos pilares de suas políticas externas, de modo que o setor saúde passa a integrar uma das principais matérias na agenda de cooperação Sul-Sul brasileira na primeira década do século XXI (ALMEIDA et al, 2010). Em sintonia, Perez (2018) justifica que a CES foi prioridade durante os anos de 2003 a 2014, com o propósito de guiar os projetos de cooperação no setor, em vista de sua criação no primeiro governo de Lula da Silva.

Portanto, as iniciativas de CES apresentadas nesta subseção correspondem ao período de 2003-2014, visto que não há embasamento científico para afirmar a continuidade dessas políticas após este período. A revisão bibliográfica da presente pesquisa apenas identificou trabalhos sobre CES durante esse espaço de tempo, sobre iniciativas brasileiras no âmbito da UNASUL e na CPLP (BUSS; FERREIRA, 2010; ESTEVEES; GOMES; FONSECA, 2016; POZZATTI; FARIAS, 2020; POZZATTI; FARIAS, 2022a).

O primeiro desses projetos é o da Unasul, criada formalmente em maio de 2008 pelos doze Estados Independentes da América do Sul (Argentina, Brasil, Bolívia, Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela), em um contexto de altas demandas sociais e de afastamento da governança estadunidense na região, que acabou se mostrando como uma alternativa a projetos que nasceram em um período onde a América Latina passava por uma série de reformas neoliberais, onde o Mercosul teve papel significativo em implantar essas reformas e em abrir o mercado da região, focando na questão da complementação econômica dos membros (RIGGIROZZI, 2012; RIGGIROZZI e GRUGEL, 2015). Nas palavras de Riggiozzi e Tussie (2012), projetos como a UNASUL buscam

redefinir novos limites geográficos e ideológicos, ao mesmo tempo em que fomenta novos consensos que são definidos regionalmente, e não globalmente, e apoiados pelas práticas, instituições e mecanismos de financiamento liderados pelo estado em novos campos sociais, como educação, saúde, emprego, energia, infraestrutura e segurança. Embora sejam embrionários, esses consensos estão estabelecendo novos limites regionais além do centro histórico do que definiu o regionalismo liderado pelos EUA e pelo mercado (RIGGIROZZI; TUSSIE, 2012, p. 6, tradução nossa)⁷

⁷ No texto original: redefining new geographical and ideological boundaries while fostering new consensuses that are defined regionally, not globally, and supported by the mainly state-led practices, institutions and funding

Na área da saúde, a Unasul criou o Conselho de Saúde Sul-Americano, em 17 de dezembro de 2008, no qual é composto pelos ministros de Saúde de cada membro, em que possui, como apontam Pozzatti e Farias (2022a), o objetivo de fortalecimento institucional das partes. Ainda no âmbito da Unasul, seis redes estruturantes foram estabelecidas pelo Conselho: Rede de Assessorias de Relações Internacionais e de Cooperação Internacional em Saúde (REDSSUR-ORIS), Rede de Gestão de Riscos e Mitigação de Desastres, Rede de Escolas de Saúde Pública (RESP), Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS), Rede dos Institutos Nacionais de Saúde (RINS), e Rede de Instituições Nacionais de Câncer (RINC).

Em relação a Agenda Sul-Americana de Saúde estabelecida pelo Conselho de Saúde em 2009, possui cinco pontos principais:

- 1) elaborar a Política Sul-americana de Vigilância e Controle de Eventos em Saúde, antes ‘escudo epidemiológico sul-americano’; 2) desenvolver sistemas universais de saúde; 3) promover o acesso universal a medicamentos e outros insumos para a saúde e desenvolver o complexo produtivo da saúde na América do Sul; 4) promover a saúde e enfrentar de forma conjunta seus determinantes sociais; 5) desenvolver recursos humanos em saúde (BUSS; FERREIRA, 2010, p. 114)

Dentre as seis Redes estruturantes da Unasul, o caso do Uruguai na Rede de Escolas de Saúde Pública chama a atenção, visto que é uma iniciativa que acabou resultando na inauguração de um Programa de Escolas de Saúde Pública no Uruguai, que não possuía um antes da criação da Rede (AGOSTINIS, 2019). Isso só foi possível porque a proposta desta rede era de articular os Estados-membros que não possuíam programas de saúde pública - Uruguai - em construir capacidades domésticas que permitissem o treinamento dos oficiais de saúde, de maneira que a introdução da Rede permitiu que fossem estabelecidas conexões entre as autoridades de saúde do Uruguai com as de países-vizinhos que possuíam instituições domésticas de treinamento em saúde estabelecidas (AGOSTINIS, 2019, p. 1122).

Além disso, têm-se outros exemplos de projetos bem-sucedidos da Rede. Dentre eles, casos em que certos países da Unasul se valeram do estabelecimento de certas Redes para a construção de capacidades dentro de seus territórios, como o caso do Peru na Rede dos institutos nacionais de saúde, no qual as autoridades peruanas possuíam pouca experiência com o treinamento de saúde pública, o que foi sanado com o estabelecimento de um programa pela Fiocruz em Lima, capital do Peru, que se iniciou em 2012 (AGOSTINIS, 2019, p. 1123).

mechanisms in new social fields such as education, health, employment, energy, infrastructure and security. Although embryonic, these consensuses are setting new regional boundaries beyond the historical hub of what defined US and market-led regionalism.

No que compete a CPLP, sua constituição foi realizada no dia 17 de julho de 1996, em Lisboa, e atualmente possui como países-membros: Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe e Timor Leste (CPLP, 2019). Buss e Ferreira (2010) apontam que a grande assimetria entre os países da CPLP, sobretudo em indicadores de saúde, fez com que os países membros identificassem essa área como “um campo propício à cooperação solidária e ao intercâmbio de experiência inovadoras”. De tal modo, a matéria de saúde só foi ser abordada em abril de 2008, quando ocorreu a primeira reunião de ministros de Saúde, na qual foi estabelecida a intenção de elaborar um Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS/CPLP), aprovado nessa oportunidade (CPLP, 2008).

Em relação ao desenvolvimento do Plano, ele leva

[...] em conta a situação sócio-sanitária dos países, suas capacidades de resposta aos principais problemas encontrados e os recursos técnicos e financeiros existentes, que possam solidariamente ser colocados à disposição dos demais, num processo de cooperação comprometida com os princípios de apropriação, alinhamento e harmonização. (BUSS; FERREIRA, 2010, p. 109).

No ano seguinte, uma nova reunião entre os ministros de Saúde marcou a aprovação do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP para os anos de 2009 a 2012, que marcou a Declaração de Estoril (2009), ao passo em que uma terceira reunião - esta realizada em 2014 - estendeu até o ano de 2016 a PECS (CPLP, 2014).

Nesse sentido, Buss e Ferreira (2010) citam que

o propósito principal do Plano é fixado como “o aperfeiçoamento dos sistemas de saúde dos Estados membros da CPLP, de forma a garantir o acesso universal a serviços de saúde de qualidade”. As principais estratégias utilizadas são a capacitação de recursos humanos e a implementação de projetos estruturantes que reforcem a capacidade institucional dos sistemas de saúde. (2010, p. 110).

A PECS prevê a criação de quatro “redes estruturantes”, como forma de operacionalizar as ações do Plano, que são: Institutos nacionais da saúde; Escolas nacionais de saúde pública; Escolas técnicas de saúde; e Centros técnicos de instalação e manutenção de equipamentos (CPLP, 2009). O estabelecimento dessas Redes por diferentes países resulta no estabelecimento de um relacionamento institucional entre eles, através do compartilhamento de expertise e de recursos humanos e financeiros por meios dessas instituições estruturantes (FERREIRA; FONSECA, 2017). De acordo com Rosenberg et al (2016),

a finalidade das redes estruturantes está em atuarem e desenvolverem atividades de cooperação internacional, cujo objetivo fosse fortalecer as instituições estruturantes do sistema de saúde e seu desenvolvimento organizacional, a fim de cultivar as capacidades e os recursos endógenos potenciais de cada país (2016, p. 23).

Esses princípios (universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social) que guiam o sistema de saúde pública brasileiro acabam conferindo uma espécie de extensão das atividades da Rede para além do nível doméstico, ao implicar na atuação desta em diversas arenas internacionais, Esteves, Gomes e Fonseca (2016) ponderam que

nessas arenas, para além da promoção dos princípios anteriormente referidos, a dinâmica da Rede tem lugar na construção de planos de ação comuns e de redes estruturantes, com vistas ao fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde. (2016, p. 209).

Como visto, a política externa brasileira em saúde é uma área que abrange diversos projetos de CSS com países da América Latina e da África, regiões que possuem desafios semelhantes aqueles enfrentados pelo Brasil, de modo que o setor saúde passa a ser uma área profícua para cooperação entre esses países. Além do mais, a superação dessas dificuldades demanda um esforço e soluções encontradas exclusivamente por países em desenvolvimento, que compreendem suas capacidades e limitações, indo ao encontro dos pressupostos da CSS. Portanto, a próxima subseção tem por objetivo discutir as metodologias de trabalhos que se inserem no universo da cooperação estruturante de saúde, tratando de abordar não somente os métodos de pesquisa, mas seus objetivos e reflexões acerca do que objeto analisado.

2.3.2 Metodologias e resultados de pesquisas científicas sobre cooperação estruturante em saúde

O enfoque da presente seção é analisar as metodologias e resultados obtidos nos trabalhos sobre CES vistos na parte anterior, considerando que um olhar mais atento aos métodos aplicados, bem como as fontes utilizadas para a obtenção dos resultados dessas investigações, será importante para a compreensão da presente pesquisa e guiará os próximos dois capítulos. Assim sendo, uma vez que foram apresentados aspectos gerais das obras, mostra-se necessário retomar a investigação das pesquisas para ir além da simples descrição dos projetos estruturantes. Além disso, a atual pesquisa se insere nesse debate, visto que investiga os acordos internacionais em vigor no setor saúde Brasil-BRICS, de modo que entender melhor o enfoque de outros estudos pode contribuir para futuros *insights* e para uma análise mais completa dos dados obtidos e das considerações quanto aos resultados finais.

Com isso em consideração, os trabalhos que tratam essa modalidade de cooperação em saúde são investigados nos âmbitos da UNASUL e CPLP (ALMEIDA et al, 2010; BUSS; FERREIRA, 2010; ESTEVES; GOMES; FONSECA, 2016; POZZATTI; FARIAS, 2020; POZZATTI; FARIAS, 2022a). Novamente, vale destacar que essas investigações analisam o período que abrange o início do século XXI, até meados da década de 2010, no qual a Política Externa Brasileira tinha a saúde como um vetor importante para a cooperação sul-sul empreendida pelo país (ALMEIDA et al, 2010). O recorte de tempo é importante pois, segundo Perez (2018), houve continuidade de certos projetos devido à inércia institucional, de maneira que esses projetos se concentram durante o período mencionado anteriormente, onde houve prioridade para o setor saúde, o que não descarta a ocorrência de acordos no setor em outros momentos, porém é dado a se considerar para a análise quantitativa, no sentido de identificar se com os países BRICS essa tendência foi a mesma.

No âmbito da América do Sul, Pozzatti e Farias (2019) se propuseram a realizar um estudo empírico dos atos internacionais em vigor firmados pelo Brasil com os países da região, “para averiguar a existência e o estado da arte de regimes temáticos dedicados à efetivação do direito humano à saúde, bem como suas possibilidades de efetivação estruturante” (POZZATTI; FARIAS, 2019, p. 363). Para tanto, os autores quantificaram um extenso acervo de atos internacionais, a partir de um levantamento documental dos acordos em vigor disponível no site da Divisão de Atos Internacionais, do Ministério das Relações Exteriores do Brasil (MRE), e na área de Assessoria Internacional (AISA) do site do Ministério da Saúde do Brasil (MS) (POZZATTI; FARIAS, 2019), além de analisar os atos multilaterais de duas organizações sul-americanas que possuem o Brasil como país-membro (Unasul e Mercosul), para então realizar uma análise qualitativa de ambas dimensões.

Quanto aos números obtidos no site da plataforma Concórdia, os autores optaram por fazer uma investigação de todos os 1681 atos bilaterais em vigor, de modo que identificaram 119 atos bilaterais em saúde (POZZATTI; FARIAS, 2019). Sobre os atos encontrados no site do Ministério da Saúde, os autores identificaram um total de 10 atos, somados aos 16 atos multilaterais (do Mercosul e Unasul), os autores reuniram um acervo de 145 atos internacionais (POZZATTI; FARIAS, 2019).

Sobre a análise quantitativa, os autores optaram por dividir a análise dos atos entre aqueles que eram bilaterais e os que eram multilaterais. Assim sendo, os autores supracitados dividiram os 129 atos bilaterais em “regimes temáticos”, ou seja, acordos que possuem a mesma temática no setor saúde, de modo a identificar 9 regimes temáticos densos (que possuem mais

de três acordos sobre a mesma temática) e mais 16 regimes temáticos em menores dimensões (POZZATTI; FARIAS, 2019). Quanto ao acervo multilateral,

formado por 16 atos internacionais, pode-se averiguar a existência de, pelo menos, 2 regimes temáticos densos: Redes de cooperação em saúde (8 atos) e Medicamentos e afins (4 atos)”. Além da categoria Outros (4), que reúne os regimes temáticos de cooperação com menor densidade em atos internacionais nas instituições sul-americanas das quais o Brasil faz parte: Mecanismo de Articulação para a Atenção a Mulheres em situação de Tráfico Internacional (1 ato), Síndrome Respiratória Aguda Grave (1 ato), Assistência humanitária e saúde (1 ato), Plataforma de intercâmbio de experiências e assistência técnica para prevenção e controle de câncer de colo de útero na América do Sul (1 ato). (POZZATTI; FARIAS, 2019, p. 374)

Em seguida, os autores realizaram uma análise qualitativa do conteúdo dos 145 atos, de maneira a investigar se existe – ou não – o fortalecimento institucional, característico da CES, mas também outros indicadores que eles associam a “horizontalidade” na relação, tais como: posição na relação; encargos financeiros; necessidade de consenso para tornar públicos os documentos da cooperação; mecanismos de consulta político; e sustentabilidade (POZZATTI; FARIAS, 2019).

No que se refere ao indicador de fortalecimento institucional, os autores resgatam a ideia de fortalecimento setorial, no qual “trata de fortalecer instituições, ações ou programas, em uma matéria ou capacidade específica, por exemplo, um projeto para o fortalecimento em atenção integral e vigilância epidemiológica em DST/HIV/AIDS na Bolívia” (POZZATTI; FARIAS, 2019), o que significa que não fortalece o sistema como um todo, mas fortalece determinados setores deste sistema. Além do mais, Pozzatti e Farias (2019) concluem que

1. A cooperação estruturante em saúde transborda, de fato, aos demais regimes por meio de fortalecimento setorial; e 2. Ao incluir doenças específicas, notadamente as transmissíveis, o fortalecimento setorial implica a realização de uma agenda mista — em parte preocupada com doenças específicas, que não são menos importantes, e em parte desenvolvendo novos modelos para tratar dos sistemas de saúde em longo prazo. (2019, p. 377).

Quanto a essas conclusões, os autores argumentam que parte da agenda em saúde do Brasil com a América do Sul se propõe a combater doenças específicas, a curto prazo, o que se relaciona com a literatura analisada anteriormente sobre cooperação emergencial, que se ocupa a responder questões imediatas e a doação de insumos de saúde (MACHADO; ALCÂNTARA, 2018; POZZATTI; FARIAS, 2020). Além disso, nota-se o emprego da ideia de agenda mista, ou seja, ela se insere nas agendas emergencial e estruturante de saúde, de enfoque em doenças específicas e fortalecimento institucional, respectivamente (POZZATTI; FARIAS, 2019).

Os marcadores de horizontalidade também são relevantes, uma vez que interagem com os princípios da modalidade de cooperação técnica entre países em desenvolvimento. Dessa forma, os autores entendem que a abordagem da cooperação sul-americana em saúde possui um equilíbrio quanto as abordagens empregadas (emergencial e estruturante), apesar de carecer em aspectos relacionados a legitimidade democrática e de sustentabilidade (POZZATTI; FARIAS, 2019). Sobre isso, o consenso na publicidade dos relatórios se torna uma questão problemática, em vista de que uma porção dos atos bilaterais que preveem mecanismos de avaliação⁸ e monitoramento⁹ não possuem continuidade, de modo que seus impactos e atividades se tornam desconhecidos ao público, o que volta a ideia de uma agenda mista, visto que reproduz padrões de cooperação emergencial e estruturante (POZZATTI; FARIAS, 2019).

Por fim, os autores fazem uma importante reflexão, na qual “a heterogeneidade dos países em desenvolvimento faz da verticalidade de meios, uma forma necessária à construção de capacidades, e, portanto, para atingir de fato a horizontalidade nas relações entre esses países” (POZZATTI; FARIAS, 2019, p. 380), ecoando Torronteguy (2010).

Outro estudo importante sobre cooperação estruturante se dá no âmbito da Rede Laços Sul-Sul, onde o Brasil participa junto com Bolívia, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Nicarágua, Paraguai, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste, atuam no combate à epidemia do HIV. Em seu estudo sobre a Rede, Pozzatti e Farias (2020) investigam se a cooperação empreendida por estes países, de caráter humanitário, consegue ser convertida para uma cooperação estruturante, horizontalizada. Para tanto, os autores recorrem a uma revisão bibliográfica, juntamente com um levantamento documental dos 765 atos internacionais presentes na plataforma Concórdia, do MRE, número reduzido 40 após a delimitação dos acordos (POZZATTI; FARIAS, 2020). Conclui-se que no caso da Rede, a cooperação com esses países se dá por uma agenda de doação de insumos/medicamentos antirretrovirais (humanitária/emergencial) e que “não intensifica essa cooperação para construir capacidades diretamente no setor” (POZZATTI; FARIAS, 2020, p. 15). Em relação ao último ponto, os autores apontam que a aproximação com os cooperantes da Ásia e América Central é menos tradicional daquela realizada com países da América do Sul e África, o que sugere a ideia de que a agenda brasileira de cooperação em saúde apresenta dificuldades de implementar seus princípios para além de seus parceiros tradicionais (POZZATTI; FARIAS, 2020).

⁸ Os autores entendem por mecanismos de avaliação os acordos que possuem um relatório ao final das atividades, não ocorre de forma contínua.

⁹ Os autores entendem por mecanismos de monitoramento os acordos que possuem relatórios periódicos em relação as atividades.

Como visto na última seção, Agostini (2018) abordou seis casos de Redes estruturantes no âmbito da Unasul, em uma investigação que buscou argumentar que o Conselho de Saúde Sul-Americana, órgão da Unasul, foi um catalisador para a difusão de políticas transnacionais (AGOSTINIS, 2019). O autor argumenta que o estabelecimento de instituições regionais facilita a interação entre questões relacionadas as “necessidades funcionais” dos membros, bem como de suas “capacidades assimétricas”, o que possibilita o intercâmbio de informações e práticas de maneira horizontalizada, resultando na difusão de políticas transnacionais (AGOSTINIS, 2019). No caso em questão, o autor faz uma revisão da bibliografia sobre a difusão de políticas transnacionais para então fazer uma análise empírica de quatro casos da Rede, demonstrando como a criação do Conselho de Saúde da Unasul foi positivo para a construção de políticas comuns e saúde, bem como de instituições de saúde pública (AGOSTINIS, 2019).

Nas palavras do autor,

A UNASUR Saúde gerou novas oportunidades para especialistas e praticantes estatais dos ministérios e agências nacionais de saúde aprenderem com as experiências positivas de outros estados membros, que - em alguns casos - apoiaram ativamente a difusão de políticas por meio de assistência técnica bilateral. (AGOSTINIS, 2019, p. 1125, tradução nossa).¹⁰

No âmbito da cooperação estruturante com o continente africano, Torronteguy (2010) faz uma importante contribuição para o campo, em sua tese de doutorado na qual trata a cooperação em saúde brasileira com cada um dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), composto por Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe. O autor conduziu um levantamento documental sobre os atos internacionais em vigor entre os países, com foco em identificar, através de categorias de análise pré-estabelecidas, elementos que indicam grau de democratização e de horizontalidade.

O estudo em questão buscou verificar até qual medida a cooperação internacional pode ser um instrumento que “cumpra com a função de garantir direitos que o poder público estatal, por seus próprios esforços, é incapaz de efetivar” (TORRONTÉGUY, 2010, p. 298). As descobertas da investigação do autor indicam que, por mais que discursivamente essa cooperação se proponha horizontal, na realidade ela acaba reproduzindo valores da cooperação Norte-Sul, na qual o Brasil é um agente que transfere conhecimentos de maneira vertical, apesar

¹⁰ No texto original: UNASUR Health generated new opportunities for state experts and practitioners from national health ministries and agencies to draw lessons from the positive experiences of other member states, which – in some cases – actively supported policy diffusion through bilateral technical assistance.

de, no entanto, o autor apontar que isso pode ser um meio para chegar até um certo fim, o da horizontalidade (TORRONTEGUY, 2010). Além disso, o autor identificou, na leitura dos acordos firmados, que a cooperação brasileira com o PALOP possui cláusulas sobre avaliação e acompanhamento da execução de projetos de cooperação, estes nos quais “a publicidade dos documentos da cooperação bilateral esbarra na exigência de consenso entre as chancelarias, o que contribui para o déficit democrático da cooperação” (TORRONTEGUY, 2010, p. 304).

Durante a seção, foi observado um leque de trabalhos que buscaram apresentar a cooperação em saúde brasileira, de modo que há uma parcela de trabalhos que explicaram, por meio de estudos de caso, como ela é realizada, enquanto outros se dedicaram a análise documental dos acordos firmados, de modo a apresentar diferentes dimensões dessa cooperação, como é citado por Pozzatti e Farias (2019). Assim como os trabalhos expostos, a presente investigação também se indaga em qual medida a cooperação internacional é um instrumento para efetivação de direitos humanos, dessa vez o direito à saúde. Nesse sentido, a metodologia empregada na investigação da cooperação sanitária Brasil-BRICS se assemelha aos objetivos das empreitadas de Pozzatti e Farias (2019) e Torronteguy (2010), analisando a primeira dimensão da cooperação estruturante, a dos atos internacionais, estes que serão investigados nas próximas seções.

3. ANÁLISE QUANTITATIVA DOS ACORDOS EM SAÚDE

O segundo capítulo desse trabalho tem por objetivo investigar quantitativamente os acordos internacionais em vigor Brasil-BRICS, disponíveis na Plataforma Concórdia, do Ministério das Relações Exteriores. Em um primeiro momento, a pesquisa fez um levantamento documental dos 250 acordos internacionais em vigor Brasil-BRICS disponíveis na Plataforma, para quantificá-los com base em diversas categorias –marcadores –, com a finalidade de formular uma tabela contendo esses dados. O objetivo dessa tabela é de facilitar a visualização do acervo obtido, em vista de separar os atos em saúde, que são o principal foco desta pesquisa. Para tanto, foi necessária a leitura de cada um dos acordos internacionais em vigor, de modo que foram considerados 38 acordos como sendo de “saúde”. Uma segunda tabela, contendo os atos em saúde, foi formulada. Entende-se que, além de auxiliar a análise dos aspectos quantitativos de cada acordo, ela também pode auxiliar a etapa qualitativa da investigação. Além disso, este capítulo também se ocupa de explicar a metodologia do trabalho, juntamente da análise quantitativa do acervo obtido no levantamento documental, sendo assim dividido em três seções. A primeira seção se ocupa de explicar a metodologia do trabalho e a justificativa da presente pesquisa (3.1). A segunda seção tem por função explicar os marcadores utilizados para analisar os dados obtidos no levantamento documental (3.2). Por fim, a terceira seção se propõe a apresentar os dados quantificados, por meio de gráficos e tabelas para ilustrar a totalidade da cooperação Brasil-BRICS, bem como o que essas descobertas nos dizem sobre essa cooperação no âmbito da saúde (3.3).

3.1 METODOLOGIA DO TRABALHO

A presente seção tem como objetivo discutir os aspectos metodológicos da pesquisa, considerando que o primeiro capítulo deste trabalho tratou da contextualização da investigação. Entretanto, é necessário retomar alguns pontos da seção anterior para melhor compreensão da metodologia de pesquisa e do tratamento das fontes. Em relação às investigações científicas sobre a cooperação estruturante em saúde, observa-se que algumas se concentram na análise da cooperação brasileira com países sul-americanos (POZZATTI; FARIAS, 2019), bem como organizações regionais, tais como a Unasul e o Mercosul (AGOSTINIS, 2019; POZZATTI; FARIAS, 2022a; POZZATTI; FARIAS, 2022b), enquanto outras abordam a cooperação com o continente africano e a CPLP (BUSS; FERREIRA, 2010; ESTEVES; GOMES; FONSECA, 2016; MILANI; CARVALHO, 2013; MILANI; LOPES, 2014).

O presente estudo visa, assim, trazer luz a uma área pouco explorada na cooperação brasileira, que é a cooperação bilateral em saúde entre o Brasil e os países BRICS. Ademais, é importante ressaltar que já existem trabalhos científicos que analisam a dimensão multilateral dessa cooperação em saúde e os possíveis impactos da concertação política entre esses países na governança global em saúde (BRICS POLICY CENTER, 2013; BUSS; FERREIRA; HOIRISH, 2014; ESTEVES et al, 2012; FUJIKAWA, 2018; MARTINI; WÜNSCH, 2017; WÜNSCH, 2013). Nessa perspectiva, uma investigação da dimensão bilateral pode fornecer dados científicos relevantes para complementar o entendimento da cooperação Brasil-BRICS neste setor.

A presente investigação parte do entendimento de Slaughter e Burke-White (2006) sobre a reorganização em curso do direito internacional contemporâneo diante dos novos problemas mundiais emergentes, os quais demandam respostas adequadas do sistema jurídico internacional. Esses problemas emergentes surgem de dentro dos Estados, e “para oferecer uma resposta eficaz a esses novos desafios, o sistema jurídico internacional deve ser capaz de influenciar as políticas domésticas dos Estados e aproveitar as instituições nacionais na busca de objetivos globais” (SLAUGHTER; BURKE-WHITE, 2006, p. 328). Slaughter e Burke-White (2006) propõem que o Direito Internacional atua em três formas distintas: fortalecendo, subsidiando e compelindo as instituições domésticas. Pozzatti e Farias (2019) fazem uma importante interpretação das ideias de Slaughter e Burke-White (2006), ao relacionar a cooperação estruturante em saúde “à primeira forma pela qual o direito internacional influencia as políticas domésticas” (POZZATTI; FARIAS, 2019, p. 365).

Como pontuam os autores,

a cooperação internacional que se propõe estruturante é interpretada sob duas dimensões, ambas permeadas por um direito internacional contemporâneo que busca se tornar efetivo no âmbito doméstico. Na primeira dimensão, essa abordagem da cooperação toma a forma de atos internacionais, e, na segunda, de políticas públicas domésticas (POZZATTI; FARIAS, 2019, p. 363).

Entender o papel do direito internacional na construção de capacidades no âmbito doméstico passa, em um primeiro momento, pela dimensão dos atos internacionais, por meio dos quais a cooperação internacional é positivada. Tanto no estudo de Pozzatti e Farias (2019) quanto na presente investigação, é analisada a primeira dimensão dessa cooperação internacional, a fim de compreender os limites e possibilidades da abordagem brasileira no setor. Assim, questiona-se até qual medida a formalização do grupo BRICS catalisa a cooperação sanitária entre os países envolvidos, transcendendo a agenda comercialista para

qual foi criado, garantindo assim o direito humano à saúde. Outro questionamento refere-se à agenda da cooperação sanitária Brasil-BRICS, no sentido de ela apenas operar uma complementação econômica ou de investimento na estruturação dos sistemas de saúde. Quanto a CES, Pozzatti e Farias (2019) fazem uma importante contribuição sobre “a cooperação internacional que se propõe estruturante”.

Para os autores, há duas dimensões,

na primeira, ela é o resultado da soma do problema, da solução e dos processos políticos. Onde o problema depende dos interesses dos atores em reconhecê-los, e a solução são as ideias dos atores para resolver um problema reconhecido, enquanto o processo político corresponde ao crivo das ideias por um novo grupo de interesses. O produto dessa soma toma a forma de atos internacionais — que apesar de dizerem muito sobre possibilidades, não são eficazes, se não quando passam a ser parte de uma nova soma (POZZATTI; FARIAS, 2019, p. 368).

Nesse primeiro momento, os atos internacionais resultam da soma entre a identificação de um determinado problema, a solução e o processo político. Contudo, como expressa os referidos autores, a primeira soma apenas abre o caminho para a possibilidade de efetivação de direitos, de modo que um novo cálculo é necessário para que a cooperação seja instrumentalizada, com a finalidade de permear a membrana estatal e promover mudanças domésticas e locais. No mais,

nesse novo cálculo, que representa a segunda dimensão, o produto da soma anterior precisa de instituições fortes. Ou seja, nela o ato internacional é fonte de instrumentos para que as instituições do aparelho estatal construam políticas públicas locais (POZZATTI; FARIAS, 2019, p. 368).

No estudo em questão, os autores optaram por analisar a primeira dimensão dessa cooperação internacional estruturante, ou seja, os atos internacionais (POZZATTI; FARIAS, 2019). O objetivo da presente investigação vai em consonância ao estudo dos referidos autores, uma vez que ambos estudos se concentram em torno de uma análise documental de acordos firmados pelo Brasil em matéria de saúde, afim de compreender o estado da arte dessa agenda.

Para tanto, a presente pesquisa tem por objetivo investigar a agenda de cooperação em saúde Brasil-BRICS, através de uma investigação empírica dos acordos bilaterais em vigor firmados entre as partes. Isso se dá por conta da importância de compreender a eficácia e o impacto do direito internacional nas instituições domésticas, ao reconhecer que ele é um meio para garantir direitos, e, no caso desse estudo, o direito humano à saúde. A pesquisa se vale da utilização do método empírico para analisar a cooperação em saúde Brasil-BRICS, de modo que Shaffer e Ginsburg (2015) argumentam que “o trabalho empírico é convencionalmente

dividido em estudos lançam mão dos métodos quantitativo e qualitativo” (SHAFFER; GINSBURG, 2015, p. 197), o que está em linha com a proposta metodológica desta investigação.

Os mesmos autores destacam algumas vantagens da combinação dos dois métodos. A análise quantitativa se baseia “na sua capacidade de testar hipóteses de forma rigorosa diante de grandes quantidades de dados utilizando e variáveis de controle” (SHAFFER; GINSBURG, 2015, p. 197), além de permitir “o uso de técnicas mais sofisticadas de coleta de dados e variáveis de controle capazes de determinar a relevância de diferentes fatores na evolução do Direito Internacional e seu impacto” (SHAFFER; GINSBURG, 2015, p. 197-198). No presente caso, isso se aplica a coleta de dados e dos documentos de todos os atos bilaterais em vigor entre o Brasil e os BRICS, estes que se encontram disponíveis no site da Divisão de Atos Internacionais “Concórdia” do Ministério das Relações Exteriores. Optou-se pela coleta de dados de todos os atos internacionais, seguida de uma análise de seu conteúdo para determinar os acordos relacionados ao setor de saúde, que é de maior interesse para esta pesquisa.

É importante ressaltar que um aspecto importante quanto a vigência dos acordos internacionais avaliados nesta pesquisa, esta que considerou somente os que estão “em vigor”, segundo o Ministério das Relações Exteriores, de modo que os atos internacionais Brasil-BRICS, que, porventura, tenham sido denunciados, expirados ou até mesmo suspensos não foram considerados. Foram considerados todos os atos que constam na plataforma Concórdia, independentemente de sua data de assinatura ou entrada em vigor, desde que ainda esteja vigente entre as partes.

Nesse sentido, optou-se por combinar os métodos de procedimentos comparativo e histórico para este trabalho. Isso se dá por dois motivos. O primeiro é em razão da investigação em curso analisar toda a história da cooperação Brasil-BRICS, não considerando apenas o momento a partir da formalização do agrupamento, mas sim todos os acordos internacionais firmados entre as partes. Em vista que “o método histórico consiste em investigar acontecimentos, processos e instituições do passado para verificar a sua influência na sociedade de hoje” (LAKATOS; MARCONI, 2003, p. 107), de modo que os acordos internacionais em vigor seriam um instrumento que, construído no passado, pode influenciar a garantia do direito à saúde no Brasil no presente.

O segundo motivo está relacionado à possibilidade da formalização dos BRICS ter catalisado a agenda de saúde desses países, de maneira que essa investigação propõe uma comparação entre o período que compreende a cooperação desses países antes e depois desta formalização. O procedimento comparativo, por sua vez, se intercala com esse objetivo, na

medida em que permite fazer a comparação de diferentes objetos de pesquisa, enquadrando suas semelhanças e divergências (LAKATOS; MARCONI, 2003). Com isso em mente, as perguntas de pesquisa dessa investigação baseiam a utilização do método histórico-comparativo.

Os atos firmados pelo Brasil com os países do BRICS foram sistematizados em duas tabelas na plataforma Google Planilhas, tendo por finalidade simplificar a compreensão e a manipulação dos dados, que serão analisados nas seções subsequentes. Inicialmente, uma tabela foi elaborada para registrar todos os atos internacionais em vigor disponíveis na plataforma Concórdia, sem qualquer recorte de tema ou setor. Com este propósito, todos os atos internacionais foram listados segundo os seguintes critérios: país; título do tratado; área temática (setor); tipo normativo; assunto regulamentado (conteúdo do tratado); data de assinatura; entrada em vigor internacional; aprovação no Congresso Nacional; ratificação e promulgação. A utilização desses critérios se fundamenta para destacar os atos internacionais relacionados à saúde dentre os 250 atos iniciais, com o objetivo de produzir uma segunda tabela contendo somente os acordos deste setor, que totalizou 38 acordos. Em um segundo momento, uma nova planilha foi elaborada para registrar os 38 acordos internacionais em vigor do setor saúde, utilizando os mesmos critérios da primeira planilha, acrescidos de alguns critérios para a análise qualitativa do conteúdo desses acordos, que serão abordados no decorrer deste e do próximo capítulo.

Antes de prosseguir com a explicação sobre a utilização do método qualitativo para a análise dos atos internacionais em saúde, é necessário esclarecer o conceito de "atos internacionais em saúde" adotado nesta pesquisa, dada a sua abrangência e intersetorialidade. Inicialmente, foram filtrados os acordos em saúde que ao menos mencionavam o termo "saúde", visto que o número total de acordos era relativamente baixo. Contudo, essa abordagem foi descartada, uma vez que uma quantidade considerável de atos presentes no acervo tratava de áreas temáticas como "aduanas, impostos e tarifas"; "extradição", "vistos e imigração" e "educação"¹¹, que, apesar de mencionar questões relacionadas à saúde pública como condição para a própria vigência do acordo¹², não se inserem na agenda de cooperação brasileira em

¹¹ O Ministério das Relações Exteriores classifica áreas temáticas como "Assuntos Relacionados ao Acordo", portanto as áreas supracitadas correspondem a classificação adotada por eles. Além disso, as informações contidas, bem como os marcadores basilares para a quantificação dos dados, se encontram na página de cada ato internacional.

¹² Art. 7 § 1º do Acordo entre o Brasil e a Rússia para a Isenção de Vistos de Curta Duração para Nacionais da República Federativa do Brasil e da Federação da Rússia: "Por razões de segurança, ordem pública ou saúde pública, qualquer das Partes poderá suspender a aplicação deste Acordo total ou parcialmente". BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. **Acordo entre o Brasil e a Rússia para a Isenção de Vistos de Curta Duração para Nacionais da República Federativa do Brasil e da Federação da Rússia**. Rio de Janeiro, RJ: Ministério das Relações Exteriores, 26 nov. 2008. Disponível em: <https://concordia.itamaraty.gov.br/detalhamento->

saúde. Além disso, foram descartados os atos internacionais que regulam matérias que podem ser relacionadas à saúde, dado que podem impactar a saúde e/ou integridade física humana, tais como assistência humanitária, desenvolvimento urbano, insegurança alimentar, meio ambiente e qualidade de produtos exportados. Assim, o acervo final de 38 atos em saúde refere-se à quantidade resultante após a filtragem do tema.

Além de utilizar métodos quantitativos, a pesquisa também conduz uma análise qualitativa. Shaffer e Ginsburg (2015) citam que essas abordagens auxiliam a examinar mais detalhadamente o objeto em questão, o que não é alcançado pela análise de dados quantificados. Contudo, os referidos autores ressaltam que “o método qualitativo pode ser visto como pouco confiável por refletir as predisposições normativas do observador ou dos entrevistados” (SHAFFER; GINSBURG, 2015, p. 198), o que não se aplica a presente pesquisa – no último caso, de entrevistados, visto que não foram realizadas entrevistas estruturadas ou semiestruturadas com agentes que atuaram nessa agenda de cooperação em saúde. Para responder a esse problema, os autores propõem a ideia de triangulação, que seria um método para permitir ao pesquisador combinar diferentes dados de diferentes fontes, com o objetivo de verificar se os dados corroboram uns aos outros (SHAFFER; GINSBURG, 2015). Com isso em mente, observa-se que na presente investigação o método de triangulação ocorre, uma vez que os documentos do acervo constituem como fontes primárias, por serem arquivos oficiais do governo, além de uma extensa pesquisa bibliográfica, que são entendidas como fontes secundárias (MARCONI; LAKATOS, 2003).

Quanto a isso, nas palavras de Marconi e Lakatos,

a pesquisa bibliográfica, ou de fontes secundárias, abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico etc., até meios de comunicação orais: rádio, gravações em fita magnética e audiovisuais: filmes e televisão. [...] Dessa forma, a pesquisa bibliográfica não é mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras (2003, p. 183).

Como atesta os autores, “a pesquisa bibliográfica não é mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras” (MARCONI; LAKATOS, 2003, p. 183), portanto a revisão bibliográfica permite a compreensão de outras perspectivas sobre o mesmo

objeto de estudo. No caso em questão, para se compreender a agenda de cooperação em saúde Brasil-BRICS é indispensável entender a agenda em saúde brasileira com os países da América Latina e com os países da África.

Contudo, é importante ressaltar que esta pesquisa não tem como objetivo realizar uma comparação com outras investigações sobre a temática, mas sim investigar se há continuidade nas políticas e princípios adotados na cooperação em saúde com países mais tradicionais. Por isso, os métodos e resultados de outras pesquisas são valiosos para uma melhor compreensão do que está sendo observado.

Portanto, Lakatos e Marconi citam que

A pesquisa bibliográfica é um apanhado geral sobre os principais trabalhos já realizados, revestidos de importância, por serem capazes de fornecer dados atuais e relevantes relacionados com o tema. O estudo da literatura pertinente pode ajudar a planificação do trabalho, evitar publicações e certos erros, e representa uma fonte indispensável de informações, podendo até orientar as indagações. (2003, p. 158)

Com esse apanhado de informações, nota-se que a construção metodológica desse trabalho se situa a partir da ideia de que a revisão bibliográfica é uma parte importante para guiar a análise dos marcadores quantitativos das tabelas relacionadas aos atos de matéria geral e específica em saúde. Não somente, trata-se de um guia para a interpretação dos resultados dessa pesquisa. A próxima seção trata de discutir os marcadores quantificados a partir do levantamento documental, de modo a apresentar algumas explicações sobre as escolhas tomadas em relação aos marcadores selecionados, bem como certas impressões iniciais acerca dos resultados obtidos.

3.2 MARCADORES PARA ANÁLISE DOS DADOS

A presente seção tem como objetivo expor os marcadores selecionados para quantificar os atos internacionais em vigor obtidos na plataforma Concórdia, que compõem o acervo de 250 acordos. A criação de duas tabelas na Plataforma Google Planilhas foi crucial para o manejo e a interpretação dos dados, uma vez que suas funções permitem o agrupamento dos dados por meio de gráficos e tabelas adicionais contendo informações relevantes que podem guiar a interpretação dos resultados obtidos.

Esta seção tratará dos marcadores escolhidos para a primeira tabela, que reúne todos os atos em vigor Brasil-BRICS, e os selecionados para a segunda tabela, que contém os atos em vigor do setor saúde. Como mencionado anteriormente, os marcadores selecionados para a

primeira tabela concentram-se em aspectos gerais dos acordos, que podem ser quantificados de maneira objetiva e simplificada, sem a necessidade de uma análise minuciosa de seu conteúdo. A primeira tabela foi organizada em ordem decrescente quanto à data de assinatura dos atos, já que no site Concórdia eles são dispostos da mesma maneira.

É importante ressaltar que, para este trabalho, é considerada a totalidade da cooperação brasileira para com os países BRICS até 1º de janeiro de 2023, pela justificativa de que eles não são um grupo institucionalizado per se, mas um agrupamento político. Dessa forma, analisar toda a cooperação entre os países desse grupo pode responder à questão sobre a catalisação da cooperação em saúde, ou seja, se a criação dos BRICS catalisou a cooperação em saúde entre esses países, comparado ao período que antecede o estabelecimento do grupo.

Os atos internacionais foram elencados a partir dos seguintes critérios quanto as suas respectivas datas. Essa separação é importante, pois dependendo do tipo normativo do ato em questão, ele pode entrar em vigor no momento de sua assinatura ou passar por um processo político até sua ratificação pelo Poder Legislativo. Como destaca a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), quanto aos Memorandos de Entendimento (ou Declarações Conjuntas), “este instrumento não requer ratificação pelo Congresso Nacional e, na medida em que não criem compromissos gravosos para a União, podem entrar em vigor na data de assinatura” (ABC, 2013, p. 16). Em contrapartida, “o ‘Acordo Básico de Cooperação Técnica’ (às vezes denominado ‘Acordo de Cooperação para o Desenvolvimento’, ou Acordo-Quadro), é um ato internacional, ratificado pelo Congresso Nacional, que formaliza as relações de cooperação técnica entre o Governo brasileiro e o Governo parceiro” (ABC, 2013, p. 15).

Além disso, convém ressaltar que as funções dos Memorandos de Entendimento e das Declarações Conjuntas são diferentes daquelas relacionadas aos Acordos-Quadro. O Memorando de Entendimento (ou Declaração Conjunta), “é um documento de função meramente política e não pode gerar obrigações de qualquer espécie e tampouco prever o empenho de recursos” (ABC, 2013, p. 16). Enquanto o Acordo-Quadro remete ao “Acordo Básico que os Governos cooperantes definem, de forma conjunta, o marco geral da cooperação: os programas e projetos que desejam implementar e o arcabouço institucional que orientará a implementação da cooperação” (ABC, 2013, p. 15).

Essa distinção é relevante, uma vez que uma grande parte dos atos internacionais obtidos no levantamento documental da cooperação Brasil-BRICS diz respeito a esses marcos jurídicos e políticos (ABC, 2013, p. 15), apesar de haver a ocorrência de outros tipos normativos, como os Protocolo de Intenções e Ajustes Complementares, esses últimos que são de suma importância para esta investigação, uma vez que “incluem artigos dedicados aos objetivos do

projeto, orçamento e gestão e operacionalização do projeto, além de dispositivos específicos acerca das obrigações das partes e da prestação de contas” (ABC, 2013, p. 15).

Nesse sentido, os atos internacionais também foram categorizados de acordo com seu tipo normativo. Isso se justifica pela ideia de que a agenda bilateral de cooperação em saúde desses países pode estar concentrada, em grande medida, na esfera política, ou no campo discursivo, sem ter uma agenda concreta para o setor. Pozzatti e Farias (2019), em seu estudo sobre os regimes temáticos na cooperação em saúde com a América Latina, citam que

o presente trabalho se dispõe ao estudo dos atos internacionais firmados pelo governo brasileiro com os governos dos demais países da América do Sul, que positivam ações concretas em direção ao desenvolvimento em termos de saúde, ou seja, estão excluídos atos internacionais como declarações conjuntas que contenham, apenas, informações superficiais sobre saúde, por exemplo, congratulações ou objetivos muito abrangentes e abstratos. (2019, p. 369)

A pesquisa dos autores acaba se inserindo, portanto, na análise dos marcos jurídicos (ABC, 2013) dessa cooperação, tendo em vista que o que foi descartado remete a questões meramente políticas. Embora apenas 38 dos 250 atos internacionais identificados durante o levantamento documental sejam relacionados à saúde, incluindo Memorandos de Entendimento e Protocolos de Intenções, a presente pesquisa considera esses tipos normativos essenciais, dado o acervo limitado de documentos disponíveis. Embora a cooperação bilateral possa não ter o mesmo protagonismo que a agenda multilateral levada a cabo pelo grupo BRICS, os dados obtidos no levantamento documental são fundamentais para compreender a dimensão dessa agenda.

Em comparação, a investigação de Pozzatti e Farias (2019) sobre os atos do Brasil com os países da América do Sul atesta a ocorrência de 1681 atos em vigor (de todos setores), e destes, 119 são do setor saúde, sendo que “esses atos positivam a saúde humana e pública, bem como o fortalecimento de instituições e ações de capacitação que possuem enfoque principal sobre esta” (POZZATTI; FARIAS, 2019, p. 369). Com isso em mente, a presente pesquisa insere esses tipos normativos justamente pelo fato dela trabalhar com um acervo bastante limitado, apesar de haver o entendimento de que a cooperação bilateral pode não ter o mesmo protagonismo quanto a agenda multilateral levada a cabo por Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul, os dados obtidos no levantamento documental são fundamentais para compreender a dimensão dessa agenda.

Foram selecionados dois marcadores para filtrar os atos em saúde daqueles que pertenciam a outros setores. O primeiro marcador é o da "área temática", ou conforme o MRE,

"assuntos relacionados ao acordo", que é um marcador que destaca a inclusão do setor no tratado - geralmente é destacado no título do acordo. O segundo marcador é o da "matéria regulada", que indica quais matérias são reguladas dentro do tratado. A presente pesquisa adota a ideia de ato internacional "estrito e incidental" em saúde, proposta por Pozzatti e Farias (2019).

De acordo com os autores, "estrito é todo ato cujo objetivo maior é regular um tema de saúde, enquanto incidental é aquele ato que positiva ação concreta na temática, ou que impacta, diretamente, a temática de saúde em algum de seus artigos, apesar de seu objetivo maior não ser essa temática" (POZZATTI; FARIAS, 2019, p. 370). Assim, a filtragem de todos os acordos é justificada em certa medida pelo fato de que nem todos os atos em saúde possuem o setor saúde como área temática, de modo que um mesmo tratado pode regular diversas áreas e, dentre elas, a saúde.

A elaboração da primeira tabela, [Anexo 1](#), teve como objetivo auxiliar a produção de uma segunda tabela específica para os atos em saúde, além de ser um banco de dados atualizado sobre toda a dimensão da cooperação, com parâmetros gerais que podem auxiliar a formulação de conclusões sobre questões que ultrapassam a agenda de saúde. Quanto à segunda tabela, [Anexo 2](#), além dos marcadores temporais (data de assinatura, entrada em vigor, aprovação no Congresso, ratificação e promulgação), de matéria regulada e de tipo normativo, ela também adota a ideia de Pozzatti e Farias (2019), de estrito e incidental, para classificar os acordos em saúde nessas duas categorias.

Após a apresentação dos marcadores selecionados e a respectiva justificativa para sua escolha, a seção subsequente visa expor os dados obtidos no levantamento documental. Com o intuito de fornecer uma visualização mais clara e objetiva dos dados quantificados, serão utilizados recursos como tabelas e gráficos, que auxiliam na sistematização e interpretação dos resultados obtidos. Ademais, para proporcionar uma contextualização inicial, serão tecidas algumas considerações preliminares acerca dos resultados obtidos. Cabe salientar que a elaboração de tais recursos visa fomentar a discussão e análise de questões relevantes quanto à agenda de saúde.

3.3 LIÇÕES A PARTIR DA ANÁLISE QUANTITATIVA DO ACERVO BILATERAL

O presente capítulo possui como objetivo principal a exposição dos resultados provenientes do levantamento documental conduzido para esta pesquisa. Com o intuito de alcançar esse objetivo, foram adotados dois marcadores que permitem uma seleção mais precisa

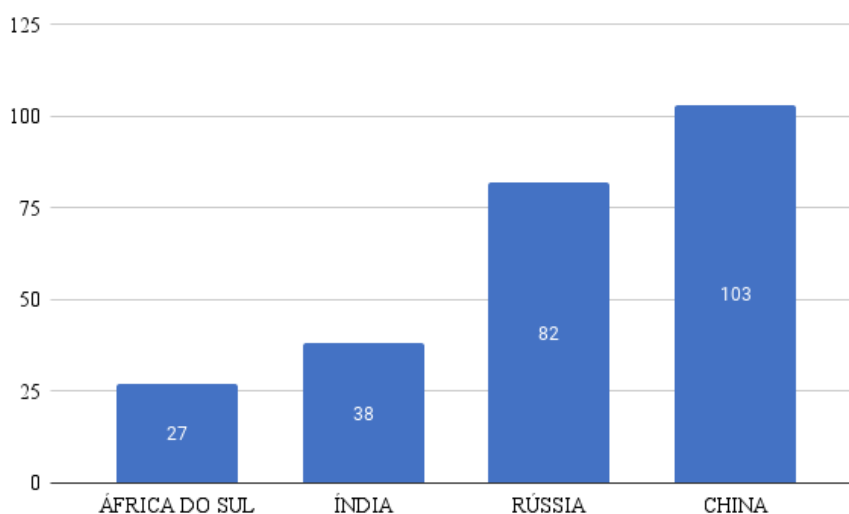
dos atos relacionados à saúde em detrimento de outros setores. Tais marcadores incluem a área temática e a matéria regulada, que foram escolhidos cuidadosamente a fim de maximizar a eficácia do levantamento. Ademais, o acervo dos acordos em saúde foi submetido a um novo enquadramento, que visa distinguir os acordos que se referem exclusivamente ao setor saúde daqueles que abarcam diversos setores, incluindo a saúde. Esse enquadramento divide os acordos em estritos e incidentais, possibilitando uma melhor compreensão dos resultados obtidos – estes que serão apresentados no decorrer do capítulo.

Serão utilizados gráficos, com base nas duas tabelas que contêm os atos em vigor, para apresentar de forma mais clara e objetiva os dados quantificados obtidos. Além disso, serão apresentadas algumas considerações preliminares sobre os resultados. A primeira tabela foi elaborada com o objetivo de auxiliar a produção de uma segunda tabela específica para os atos relacionados à saúde, bem como servir como um banco de dados atualizado sobre a dimensão total da cooperação Brasil-BRICS. A segunda tabela, por sua vez, retomou os marcadores temporais, a matéria regulada e o tipo normativo, além de incluir a distinção entre atos estritos e incidentais em saúde.

Dessa forma, a apresentação dos dados obtidos no levantamento documental se mostra fundamental para o desenvolvimento desta pesquisa, pois possibilita uma análise mais aprofundada dos atos internacionais em saúde entre os países BRICS, e também onde se situa essa cooperação. Não somente, entende-se que esses dados só fazem sentido junto a análise minuciosa de seu conteúdo, o que vai ser feito no próximo capítulo, de modo que os dados aqui expostos são apenas um panorama geral da cooperação em saúde entre esses países.

Inicialmente, este capítulo objetiva apresentar os resultados obtidos no levantamento documental realizado para a presente pesquisa, acompanhado de algumas considerações preliminares sobre as descobertas. Com este propósito, busca-se oferecer uma visão geral dos 250 acordos internacionais encontrados na plataforma Concórdia. Para tanto, serão exibidos os dados totais de cada país BRICS: África do Sul (27 atos); Índia (38 atos); Rússia (82 atos); e China (103 atos). Tais informações foram compiladas no gráfico a seguir, que objetiva exibi-las de maneira objetiva e clara.

GRÁFICO 1 - Número de atos internacionais em vigor firmados entre o Brasil com cada um dos países BRICS (250 atos internacionais)



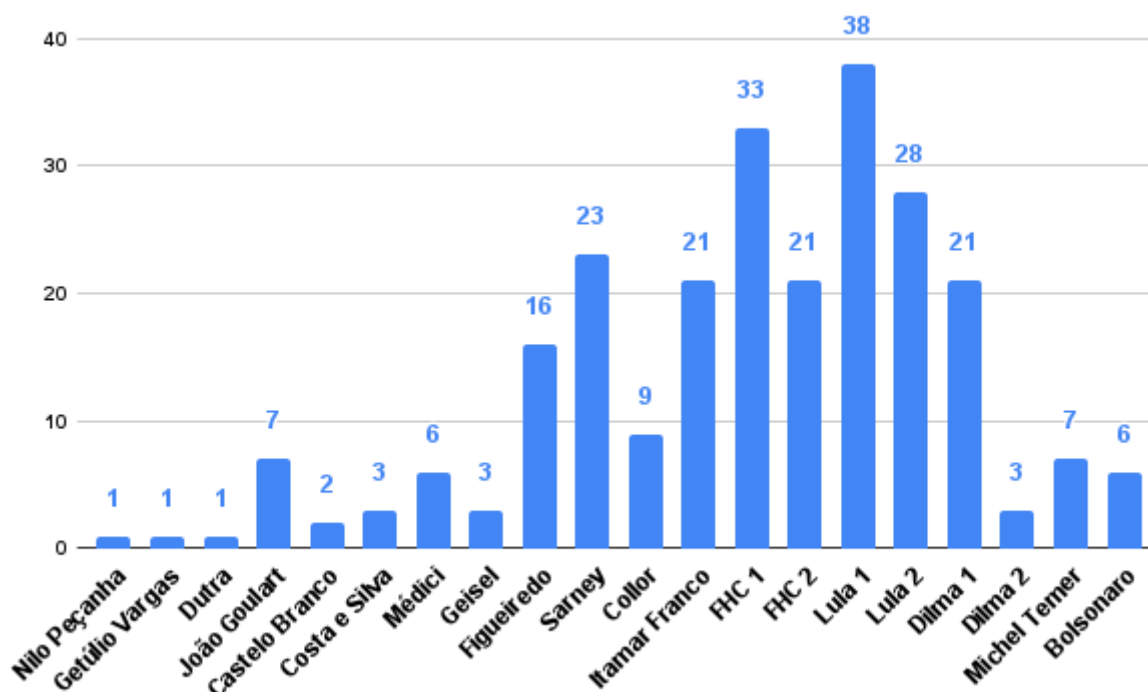
Fonte: autor

Além disso, outro dado de relevância a ser explorado neste capítulo é o número de acordos assinados por mandatos presidenciais. Na medida em que existe a afirmação de que presidentes como Fernando Henrique Cardoso e Luís Inácio Lula da Silva possuem maior disposição para exercer a chamada “Diplomacia Presidencial” (DANESE, 2017), na qual ocorre a condução pessoal de assuntos referentes à política externa, de modo a aumentar a projeção internacional e prestígio do país, esta pesquisa questiona se isso acaba se traduz em um número mais elevado de atos internacionais em vigor com os países BRICS firmados durante esses governos. Ademais, outra motivação está relacionada com a identificação realizada na revisão bibliográfica. Conforme Perez (2018), a literatura sobre cooperação estruturante em saúde concentra-se em grande parte no período de 2003 até meados do primeiro governo de Dilma Rousseff. Perez (2018) utiliza a noção de “inércia institucional” para afirmar que, após este período, houve continuidade das políticas por parte das burocracias, embora não tenha havido vontade política dos mandatários para desenvolver esse modelo de cooperação, o que é ecoado por Pozzatti e Farias (2022a) em seu estudo sobre as trajetórias da cooperação bilateral estruturante com os membros da CPLP e da Unasul.

Quanto aos dados referentes aos atos em vigor firmados por cada mandato presidencial, em ordem cronológica a partir dos presidentes mais recentes (inclusos somente os presidentes que, durante seu mandato, firmaram acordos que ainda estão em vigor): Jair Bolsonaro (6 atos); Michel Temer (7 atos); Dilma Rousseff 2 (3 atos); Dilma Rousseff 1 (21 atos); Luís Inácio Lula

da Silva 2 (28 atos); Luís Inácio Lula da Silva 1 (38 atos); Fernando Henrique Cardoso 2 (21 atos); Fernando Henrique Cardoso 1 (33 atos); Itamar Franco (21 atos); Fernando Collor (9 atos); José Sarney (23 atos); João Figueiredo (16 atos); Ernesto Geisel (3 atos); Emílio Médici (6 atos); Artur Costa e Silva (3 atos); Humberto Castelo Branco (2 atos); João Goulart (7 atos); Eurico Gaspar Dutra (1 ato); e Nilo Peçanha (1 ato). Esses dados foram reunidos no gráfico abaixo.

GRÁFICO 2 - Número de atos internacionais em vigor Brasil-BRICS por mandato presidencial (250 atos internacionais)



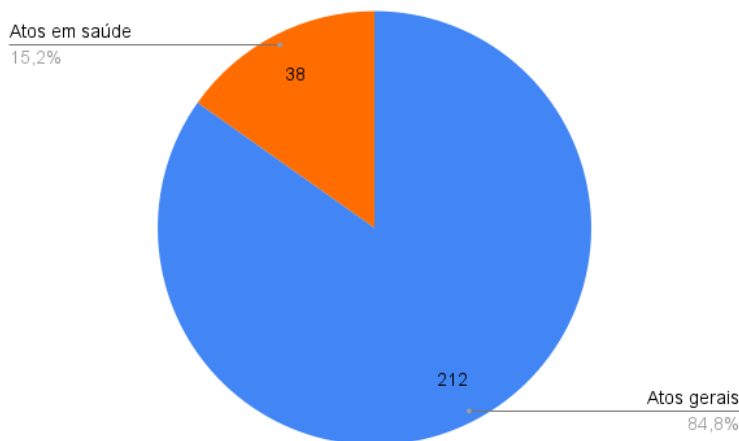
Fonte: Autor

Um ponto importante do gráfico apresentado é em relação a quantidade de acordos firmados a partir de 2008, momento no qual ocorreu a primeira Cúpula dos Chefes de Estado do BRICS. Se considerado a partir deste ano, há um total de 62 atos firmados que estão em vigor entre o Brasil e os países BRICS até o fim de 2022, o que não indica um aumento no número de acordos após a “formação” do agrupamento. O que aconteceu, de fato, foi uma diminuição no número de acordos firmados a partir do segundo mandato de Dilma Rousseff, ao passo em que o período em que houve mais efervescência da cooperação do Brasil com os países que

compõe o BRICS foi durante os mandatos de Itamar Franco até o primeiro mandato de Dilma Rousseff. Assim sendo, não é possível afirmar que, bilateralmente, a cooperação entre esses países teve aumento após o início das Cúpulas.

Ainda, quanto ao acervo geral, a presente pesquisa considerou produzir um gráfico referente aos tipos normativos dos acordos em vigor Brasil-BRICS. Contudo, entende-se que o objetivo da investigação é o setor saúde, portanto, ao longo deste capítulo, o tópico será abordado. Antes de se seguir para os acordos em saúde, o gráfico abaixo representa a proporção entre os atos em saúde dos atos de matéria geral. No total de 250 atos internacionais analisados, 38 são do setor saúde, enquanto os 212 restantes são de outros setores, esses que foram destacados como “atos gerais”. Esse número (212) representa cerca de 85% da cooperação total entre esses países, enquanto o restante dos acordos (38), de saúde, inclui os atos incidentais, ou seja, os atos em que várias matérias são reguladas pelo tratado, incluindo o setor saúde. O gráfico abaixo busca ilustrar de forma clara o que foi mencionado anteriormente.

GRÁFICO 3 - Proporção entre os atos internacionais em vigor gerais em relação aos atos internacionais em saúde Brasil-BRICS (250 atos internacionais).



Fonte: Autor

Além disso, a presente pesquisa se ocupou em investigar os outros setores da cooperação intra-BRICS, com o propósito de compreender a dimensão da parceria entre esses países, de modo a entender como o setor saúde se insere nela e, até mesmo, se é um setor que se destaca nos atos internacionais do acervo coletado. Para tanto, uma tabela foi elaborada contendo informações sobre os setores da cooperação bilateral Brasil-BRICS e o número de acordos por

setor. Os dados referentes a tabela em questão estão dispostos de maneira clara e simplificada abaixo.

Tabela 1 - Número de atos internacionais em vigor por setor da cooperação Brasil-BRICS (250 atos internacionais)

Setores	Número de Atos Internacionais
Saúde	38
Geral	23
Relações Diplomáticas e Consulares	22
Comércio	19
Cooperação Artístico-cultural	16
Espaço Exterior	16
Aduanas, Impostos e Tarifas	12
Consultas Diplomáticas	9
Cooperação Científica e Tecnológica	9
Vistos e Imigração	9
Cooperação Econômica	8
Energia	8
Cooperação Educacional e Esportiva	5
Defesa e Assuntos Militares	5
Meio Ambiente	5
Transporte Aéreo	5
Academias Diplomáticas	4
Cooperação Institucional	4
Cooperação Técnica	3
Extradição	3
Assentamentos Humanos	2
Direitos Humanos	2
Direito Penal	2
Estabelecimento de Relações Diplomáticas	2
Transporte Ferroviário	2
Transporte Fluvial e Marítimo	2
Turismo	2
Arbitragem e Conciliação	1
Cooperação Industrial	1
Direito Civil	1
Desenvolvimento Social	1
Desenvolvimento Sustentável	1
Meios de Comunicação	1
Paz, Amizade, Comércio e Navegação	1

Pesca	1
Política Fundiária	1
Previdência Social	1
Propriedade Intelectual/Industrial	1
Relações Intergovernamentais	1
Segurança Pública	1

Fonte – Autor

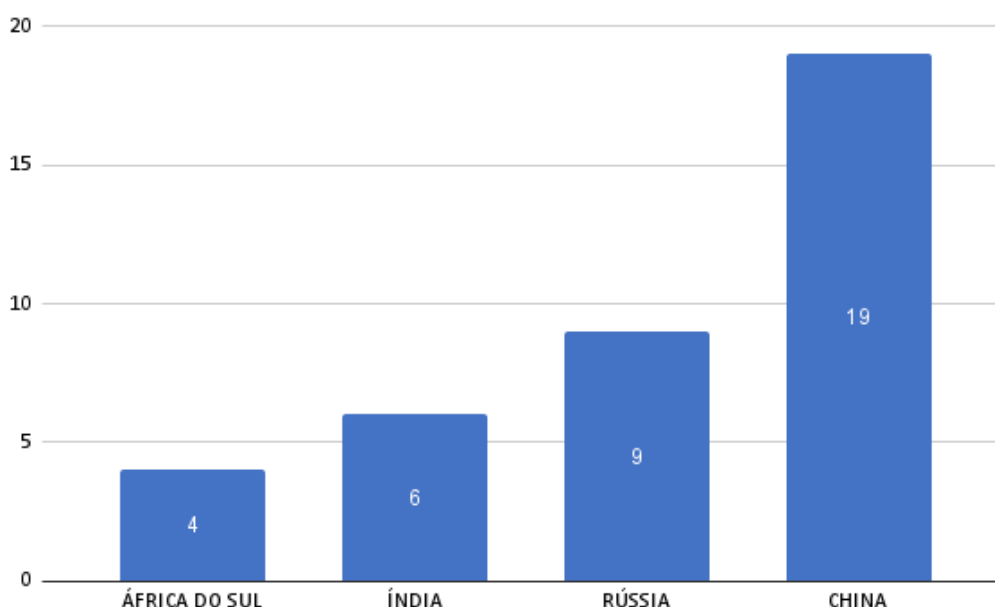
Um ponto pertinente do que se pode observar a partir dos dados expostos na tabela acima é em relação ao setor saúde, este que é o setor que possui a maior quantidade de atos internacionais (38), seguido de outros setores como geral (23), que corresponde a acordos que possuem diversos setores regulados, relações diplomáticas e consulares (22) e comércio (19). Como visto no Gráfico 3, os atos em saúde correspondem a pouco mais de 15 por cento do total dos acordos. Contudo, quando analisado por uma ótica que contempla cada setor desta cooperação, nota-se que o da saúde é aquele que possui a maior quantidade de acordos se comparado aos outros. Além disso, outra questão importante é a diversidade da cooperação entre esses países. Dentre os 250 atos internacionais analisados, há 40 setores diferentes regulados pelos acordos.

Em relação aos 38 acordos em saúde, é importante salientar que eles são o resultado final dos acordos em saúde filtrados, ou seja, foram submetidos a um rigoroso filtro em relação ao seu conteúdo, a fim de incluir apenas temas relacionados à saúde pública. Temas que podem ter impacto na saúde dos indivíduos, como meio ambiente, segurança alimentar, entre outros, não foram considerados para a investigação final. Além disso, dado o número relativamente baixo de acordos que tratam sobre o setor saúde (38), foram considerados os marcos políticos dessa cooperação, como as Declarações Conjuntas e Memorandos de Entendimento (ABC, 2013).

Nessa perspectiva, entende-se que a presente pesquisa tem como objetivo situar a agenda de cooperação em saúde entre o Brasil e os países BRICS em sua dimensão bilateral, a fim de que os resultados possam sugerir que, embora esses países sejam grandes expoentes em determinados setores da saúde, a cooperação bilateral entre eles pode não ser preponderante em relação ao nível multilateral. Dessa forma, essa investigação pode também contribuir para futuras pesquisas que analisem o âmbito multilateral, a partir da análise documental das Declarações Conjuntas dos Ministros de Saúde dos países BRICS e de outros documentos que apontem para a cooperação em saúde entre esses países.

O acervo final de 38 atos internacionais em saúde, conforme o gráfico abaixo, sugerem que a metade da cooperação em saúde brasileira entre BRICS é realizada com a China, país com que o Brasil possui 19 atos firmados. O segundo país com acordos é a Rússia, com 9 atos. Por fim, Índia e África do Sul com 6 e 4, respectivamente.

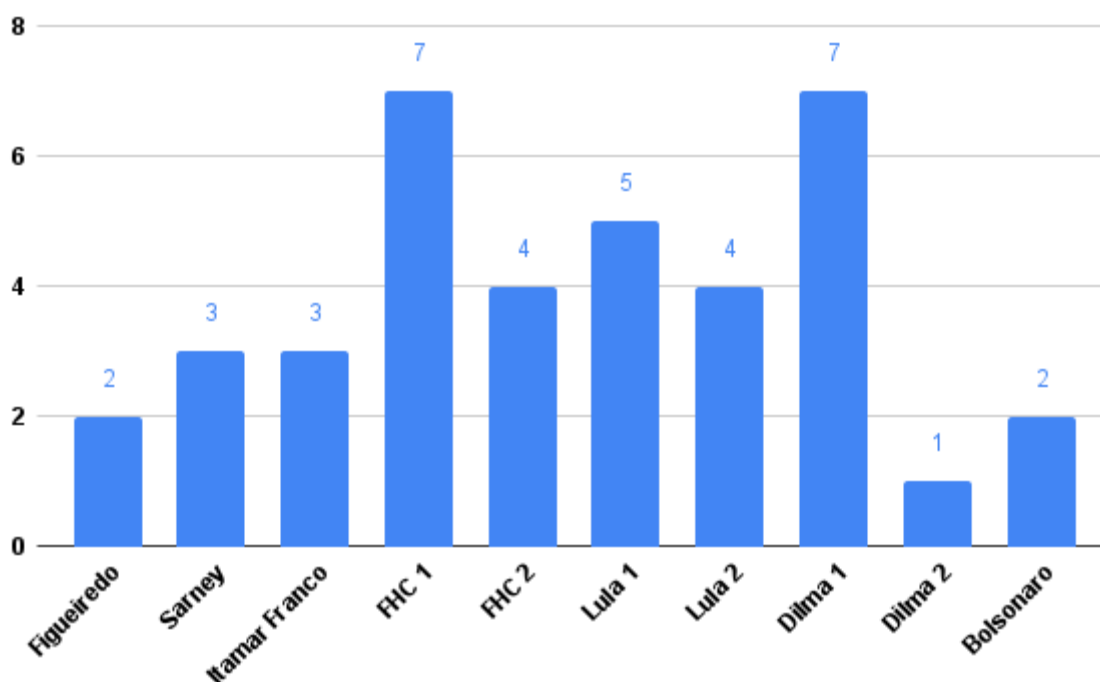
GRÁFICO 4 - Atos internacionais em saúde em vigor firmados entre o Brasil e cada país BRICS (38 atos internacionais).



Fonte: Autor

Referente aos anos em que cada ato foi firmado, a presente investigação optou por classificar por mandato presidencial, visto que se adequa de melhor maneira às proposições feitas sobre presidentes que tiveram uma política externa em saúde robusta, nomeadamente Luís Inácio Lula da Silva. Contudo, as descobertas dessa pesquisa revelaram que não foi o presidente Lula que mais teve atos internacionais firmados em saúde, mas sim Fernando Henrique Cardoso, com 11 atos, sendo 7 atos em seu primeiro mandato e 4 atos no segundo. Lula em seu primeiro mandato firmou 5 atos, enquanto em seu segundo foram 4 (total 9 atos), seguido por Dilma Rousseff com 7 atos em seu primeiro mandato e apenas um em seu segundo (total 8 atos), João Figueiredo com 4 atos, Itamar Franco com 3 atos, Jair Bolsonaro com 2 atos e José Sarney com 1 ato. Os dados referidos estão condensados no gráfico abaixo.

GRÁFICO 5 - Atos internacionais em saúde em vigor Brasil-BRICS firmados em cada mandato presidencial (38 atos internacionais).



Fonte: Autor

Os dados do gráfico acima sugerem a mesma tendência vista no Gráfico 2, no qual a maioria dos atos internacionais gerais se concentravam entre os governos de Itamar Franco até Dilma 1, apesar de, no caso do setor saúde, o período que compreende o primeiro mandato de FHC até o fim do primeiro mandato de Dilma Rousseff é aquele que apresenta, proporcionalmente, a maior quantidade de acordos. Da mesma maneira, nota-se uma acentuada queda de atos internacionais em vigor a partir do segundo mandato de Dilma Rousseff, e uma certa tendência nos governos posteriores, o que reflete a reorientação da política externa brasileira durante os governos Michel Temer e Jair Bolsonaro.

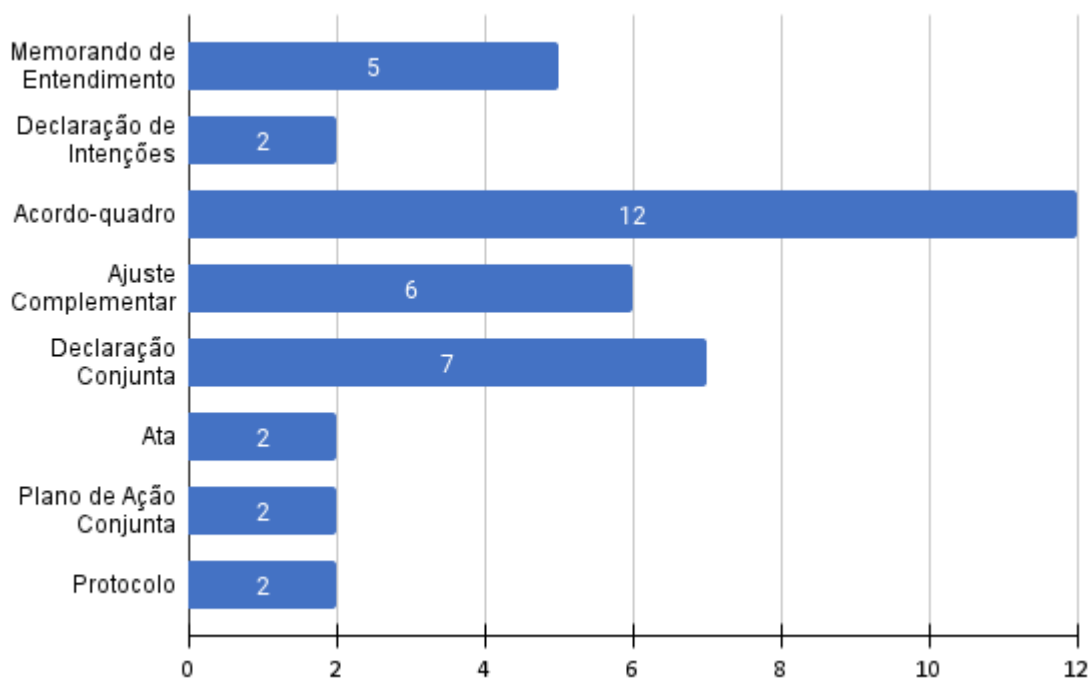
Ainda, sobre a relação entre os números de atos internacionais firmados durante os governos de Fernando Henrique Cardoso e de Luís Inácio Lula da Silva, presentes na tabela acima, um achado importante está ligado aos tipos normativos dos atos internacionais. A grande maioria dos atos internacionais firmados são Declarações Conjuntas, Memorandos de Entendimento e Declarações de Intenções, bem como Acordos-Quadro. Dentre os 11 atos internacionais em vigor firmados durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, cinco deles são Acordos-Quadro, quatro são Declarações Conjuntas (Memorandos de Entendimento incluso) e dois são Ajustes Complementares. Quanto aos nove atos internacionais em vigor

durante os dois primeiros mandatos de Luís Inácio Lula da Silva, há a presença de cinco Declarações Conjuntas (Memorandos de Entendimento incluso), além de dois Acordos-Quadro, um Ajuste Complementar e um Protocolo.

Embora uma análise minuciosa do conteúdo dos atos firmados seja necessária para a formulação de conclusões acerca da agenda de cooperação em saúde do Brasil com os países BRICS, preliminarmente, tais resultados não sugerem que ela esteja centrada no fortalecimento institucional, mas sim na esfera dos marcos políticos da cooperação (ABC, 2013). Embora a ABC (2013) afirme que os Acordos-Quadro fazem parte dos marcos jurídicos da cooperação, juntamente com os Ajustes Complementares, Pozzatti e Farias (2019) argumentam que, “de maneira geral, as condições propostas por eles, e que poderiam ser objeto de quantificação, se repetem ou são especificadas nos ajustes complementares” (POZZATTI; FARIAS, 2019, p. 371), de modo que, “metaforicamente, seria o “manual”, no qual consta como devem ser escritos ajustes complementares” (POZZATTI; FARIAS, 2019, p. 371). Dessa forma, a pesquisa dos autores considera que os Acordos-Quadro são uma moldura para o estabelecimento da cooperação, de modo que não são incluídos em sua investigação pois eles acabam se repetindo dentre os Ajustes Complementares. Entretanto, na presente pesquisa, esse tipo normativo é considerado, uma vez que o número de atos que compõem o acervo obtido a partir do levantamento documental é baixo.

No levantamento documental dos atos internacionais em vigor do setor saúde, foram identificados oito tipos normativos diferentes dentre os 38 atos que compõem o acervo desta investigação. Como demonstrado no gráfico abaixo, sua composição é a seguinte: Acordos-Quadro (12 atos); Declarações Conjuntas (7 atos); Ajustes Complementares (6 atos); Memorandos de Entendimento (5 atos); Atas (2 atos); Declarações de Intenções (2 atos); Planos de Ação Conjunta (2 atos); e Protocolos (2 atos).

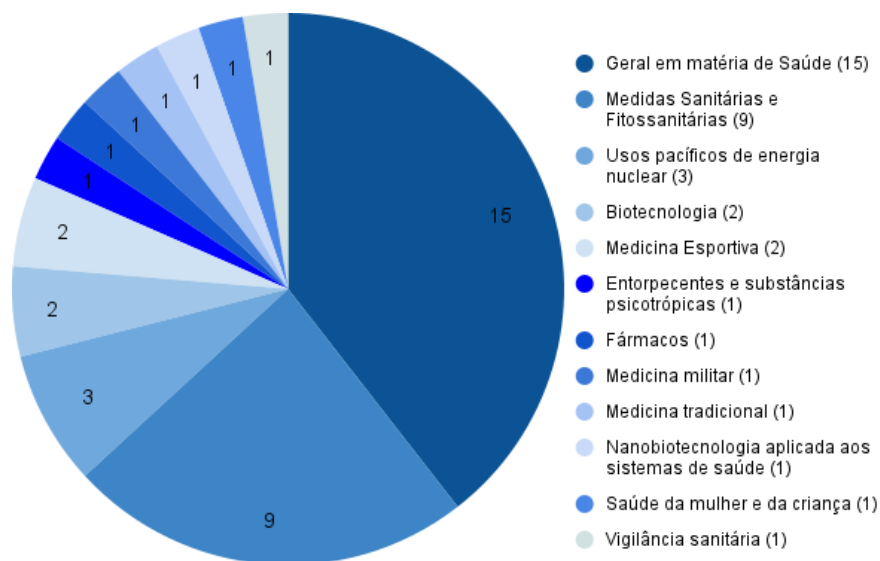
GRÁFICO 6 - Tipo normativo dos atos internacionais em setor saúde Brasil-BRICS (38 atos internacionais).



Fonte: Autor

Foi selecionado outro marcador a ser quantificado, o de "matéria regulada em saúde", o qual apresentou, dentre os 38 atos internacionais em saúde, 13 matérias reguladas. Dentre este número, 12 matérias reguladas são em áreas específicas da saúde, enquanto a restante foi classificada como "geral". Quanto à classificação como "geral", ela segue a ideia de Pozzatti e Farias (2019), "que corresponde àqueles acordos cujas disposições impactam de maneira geral a temática de saúde, ou regulam mais de duas ações concretas em saúde, geralmente em vários artigos distribuídos pelo corpo do tratado" (POZZATTI; FARIAS, 2019, p. 371). O acervo de 38 atos internacionais apontou as seguintes matérias reguladas: "geral em matéria de saúde" (15 atos); "medidas sanitárias e fitossanitárias" (9 atos); "usos pacíficos da energia nuclear" (3 atos); "biotecnologia" (2 atos); "medicina esportiva" (2 atos); "entorpecentes e substâncias psicotrópicas" (1 ato); "fármacos" (1 ato); "medicina militar" (1 ato); "medicina tradicional" (1 ato); "nanobiotecnologia aplicada ao sistema de saúde" (1 ato); "saúde da mulher" (1 ato); e "vigilância sanitária" (1 ato). Todas essas matérias reguladas estão apresentadas no gráfico abaixo.

GRÁFICO 7 - Matérias reguladas dos atos internacionais em saúde em vigor Brasil-BRICS (38 atos internacionais).



Fonte: Autor

Considerando as semelhanças entre o presente estudo e a investigação de Pozzatti e Farias (2019) sobre a cooperação bilateral (e multilateral) do Brasil com os países da América do Sul no setor saúde, uma comparação útil pode ser feita quanto às matérias reguladas nos acordos analisados. No estudo dos referidos autores, eles optaram por se referir a matéria regulada como “regimes temáticos”. Para eles, os regimes temáticos foram divididos entre “densos” e aqueles com menor densidade, de modo que os densos são os regimes que possuem três ou mais atos internacionais sobre a mesma temática (POZZATTI; FARIAS, 2019). Quanto aos regimes temáticos encontrados, os autores atestam a ocorrência de 9 regimes densos, que são:

Geral em matéria de saúde (23 atos), Fortalecimento institucional (18 atos), Saúde fronteiriça (13 atos), Farmacodependência (13 atos), Bancos de leite humano (11 atos), DST/HIV/Aids (10 atos), Previdência social (9 atos), Medicamentos e afins (6 atos), Saúde indígena (3 atos). (POZZATTI; FARIAS, 2019, p. 371-372).

Além disso, os autores citam a categoria “Outros”, que corresponde a 23 atos internacionais de regimes de menor densidade de atos internacionais, ou seja, com menos de 3 atos (POZZATTI; FARIAS, 2019). Os regimes que compõem essa categoria são:

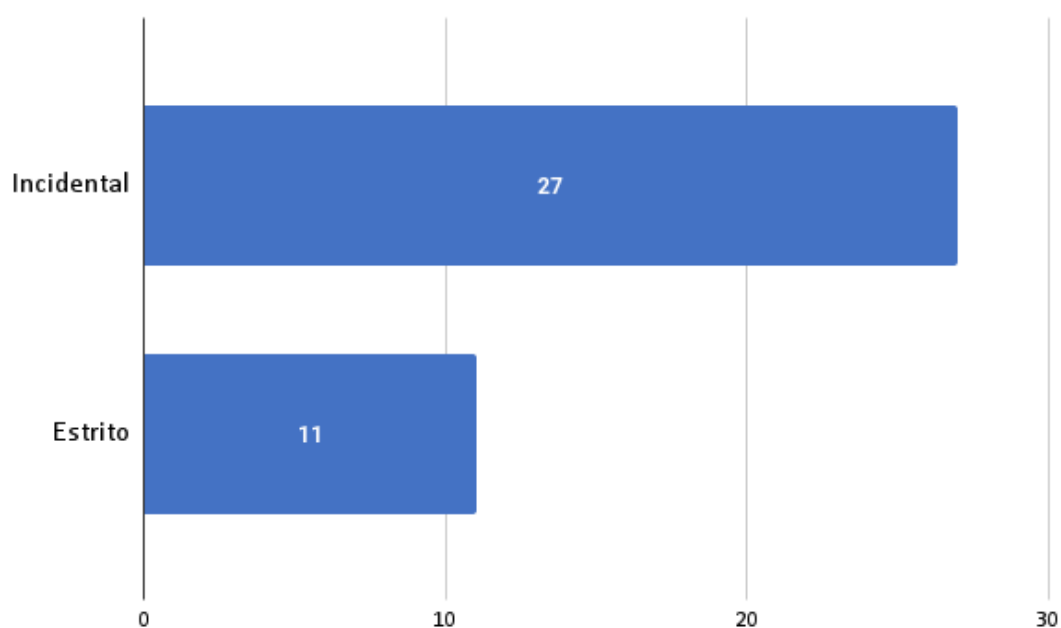
Doença de Chagas (2 atos), Leishmaniose (2 atos), Saúde em meios tropicais (2 atos), Biotecnologia (2 atos), Saúde e segurança no trabalho (2 atos), Medicina nuclear (2 atos), Surto epidêmico e pandêmico (2 atos), Dengue (1 ato), Cólera (1 ato),

Hidatidose (1 ato), Complexo Industrial da Saúde (1 ato), Transplante de órgãos e tecidos (1 ato), Vigilância e controle de resíduos e contaminantes em alimentos (1 ato), Pesquisa em saúde (1 ato), Soro antiofídico (1 ato), Tratamento médico de pacientes guianenses em hospitais brasileiros (1 ato). (POZZATTI; FARIAS, 2019, p, 372).

Comparando o Gráfico 7 com os resultados dos autores, percebe-se que a cooperação em saúde na América do Sul é mais desenvolvida e diversa da empreendida entre os BRICS. Não somente pelo volume de atos internacionais (129 atos com a América do Sul, contra 38 com os BRICS), mas também a gama de matérias reguladas pelos atos da América do Sul é muito maior. Enquanto a investigação dos autores apontou para a existência de 32 regimes temáticos diferentes no acervo analisado, a presente pesquisa acusou apenas 12 regimes temáticos (ou matérias reguladas) nos acordos selecionados. Além disso, uma outra questão reside nas matérias reguladas entre os atos internacionais em saúde da América do Sul e do BRICS, de modo que, além do “geral em matéria de saúde”, só existem duas matérias em comum entre os dois acervos, se considerada as diferenças nas nomenclaturas dos dois trabalhos: fármacos e vigilância sanitária.

Por fim, o último indicador elencado para quantificar os acordos em saúde foi o de separá-los entre os atos estritos em saúde daqueles que são incidentais. Para realizar tal separação, a presente pesquisa toma emprestado os critérios utilizados por Pozzatti e Farias (2019) e Pozzatti e Rogovschi (2021) em seus trabalhos sobre a cooperação em saúde e ambiental, respectivamente. Nesta pesquisa, entende-se que os atos “estritos” são aqueles que possuem como objeto central a temática saúde, enquanto os “incidentais” são aqueles que, no conteúdo do tratado, possuem não somente o setor saúde, mas outros, como matéria regulada. Além disso, foram considerados “incidentais” os atos internacionais que podem impactar de forma incidental o setor saúde. O levantamento revelou que, dentre o universo de 38 atos internacionais, 27 deles são incidentais em saúde, enquanto os 11 restantes são estritamente sobre saúde. O gráfico abaixo ilustra de maneira mais clara essa distribuição.

GRÁFICO 8 - Atos internacionais em vigor estritos e incidentais em saúde Brasil-BRICS (38 atos internacionais)



Fonte: Autor

Considerando as informações apresentadas até o momento, surgem algumas reflexões e conclusões preliminares acerca dos dados quantitativos. No que se refere aos dados obtidos na primeira tabela, que contém a totalidade dos acordos bilaterais, uma coisa que se destaca é a discrepância entre os acordos firmados entre o Brasil e a China e a Rússia, em comparação com a África do Sul e a Índia. Segundo Penna Filho (2013), a África do Sul passou a ser vista como uma aliada na dimensão multilateral da cooperação, ao mesmo tempo em que se tornou parceira do Brasil no comércio bilateral. De acordo com o autor, isso foi possível devido à aproximação entre os dois países após os processos de redemocratização no Brasil e o fim do regime segregacionista na África do Sul, que culminou, posteriormente, na criação do Fórum de Diálogo IBAS e do BRICS (PENNA FILHO, 2013).

Uma questão importante reside no volume de comércio entre os países. Tendo em vista que tanto a África do Sul quanto a Índia fazem parte, juntamente com o Brasil, do Fórum IBAS e do BRICS, um dado interessante é o aumento das exportações e importações no início da década de 2000, como atestam Penna Filho (2013) e Stuenkel (2017). Isso sugere que a cooperação entre esses países pode não ser aprofundada devido às suas relações comerciais, apesar de Stuenkel (2017) argumentar que os níveis de comércio entre esses países são relativamente baixos em comparação com os principais parceiros comerciais do Brasil. Além

disso, outra hipótese reside na dimensão multilateral, que engloba o agrupamento BRICS, esta que pode ser mais desenvolvida e priorizada do que a cooperação bilateral entre esses países.

No âmbito da saúde, uma questão pertinente diz respeito às matérias reguladas nos atos de saúde. Como um grupo de países notáveis na fabricação de medicamentos e vacinas de baixo custo, bem como de ingredientes farmacêuticos ativos, as matérias reguladas dos atos quantificados sugerem que essas capacidades não são exploradas pelos países do BRICS. No acervo obtido, há apenas um ato internacional que regula a matéria de "fármacos", firmado com a Rússia, o que é um número baixo, considerando que pelo menos Rússia, Índia e China possuem essas capacidades.

Ademais, a grande concentração dos atos em matérias "gerais" é problemática, uma vez que não fornecem informações sobre a área de saúde a ser trabalhada, nem sobre as políticas adotadas em torno do tema. Ainda, a grande presença de Acordos-Quadro, Declarações Conjuntas e Memorandos de Entendimento, que representam um total de 26 dos 38 atos internacionais em saúde, sugere, em um primeiro momento, que essa cooperação é incipiente e se limita em grande medida ao discurso político. Contudo, a presença de seis ajustes complementares e de outros tipos normativos pode indicar uma agenda de fortalecimento institucional, embora ainda não esteja à altura do potencial desses países nesse setor. Os tipos normativos mencionados serão analisados no próximo capítulo, incluindo os marcos políticos, uma vez que se entende que todas as descobertas dessa investigação são relevantes, mesmo que não se enquadrem nas premissas de complementação econômica ou fortalecimento institucional da cooperação em saúde do BRICS.

4. A INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA DO PERFIL DA COOPERAÇÃO EM SAÚDE BRASIL-BRICS

A partir do levantamento realizado no capítulo anterior, o presente capítulo objetiva analisar qualitativamente os acordos em saúde Brasil-BRICS com base no conteúdo dos atos internacionais em saúde vigentes entre as partes, para que se possa entender a agenda de cooperação em saúde desses países. O levantamento documental verificou a presença de 38 acordos em saúde, e são esses que compõem o acervo para a investigação qualitativa. Para analisar seu conteúdo, a presente pesquisa tem como modelo uma série de marcadores sobre horizontalidade e legitimidade democrática, elaborados por Torronteguy (2010), bem como a investigação de Pozzatti e Farias (2019), que irão orientar algumas das interpretações acerca dos resultados provenientes deste estudo. Vale ressaltar que os marcadores em questão versam sobre aspectos qualitativos dos atos internacionais, separando-se da discussão quantitativa que o último capítulo se propôs a desempenhar. Com isso em mente, o capítulo se divide em três partes. A primeira seção busca introduzir os marcadores elencados para formular a análise qualitativa dos atos em vigor em saúde Brasil-BRICS, explicando suas aplicações e motivos pelos quais foram selecionados (4.1). A segunda seção tem o propósito de apresentar os dados provenientes dos marcadores elencados na primeira seção, utilizando gráficos e tabelas para auxiliar a exposição (4.2). Por fim, a última seção busca concluir o trabalho a partir da discussão dos resultados obtidos, relacionando-os com os outros dois capítulos desta investigação (4.3).

4.1 MARCADORES QUE FUNDAMENTAM A ANÁLISE QUALITATIVA DOS ACORDOS EM SAÚDE BRASIL-BRICS

O objetivo dessa seção está relacionado à segunda etapa da presente investigação empírica, visando conduzir uma análise qualitativa dos atos internacionais vigentes na área da saúde, a fim de compreender se essa cooperação se alinha a uma agenda de estruturação dos sistemas de saúde ou se é orientada por uma lógica econômica de complementação. Para tanto, serão utilizados marcadores qualitativos que guiarão a análise documental, uma vez que se entende que eles auxiliam a situar a agenda em saúde Brasil-BRICS. Dessa forma, será possível compreender a agenda de cooperação em saúde desses países, bem como seus limites e possibilidades.

Considerando que outras pesquisas que se propõem a investigar a cooperação em saúde de maneira similar à presente investigação, principalmente as de Pozzatti e Farias (2019) e

Torronteguy (2010), suas descobertas ajudarão a formular questionamentos sobre as descobertas deste trabalho, bem como fundamentar a análise qualitativa dos dados obtidos. Em primeiro lugar, existe uma grande diferença no número de acordos internacionais firmados, especialmente no setor da saúde (38). Por exemplo, ao comparar a cooperação entre o Brasil e os países da América do Sul com a cooperação Brasil-BRICS no setor, a primeira é mais ampla, com 129 atos internacionais firmados (POZZATTI; FARIAS, 2019). Essa ressalva é importante, pois, levando em consideração as descobertas da investigação quantitativa dos atos internacionais em vigor, entende-se que o estado atual dessa cooperação é incipiente, havendo também uma grande parcela de atos que pertencem ao campo do discurso político e das possibilidades futuras para a cooperação no setor.

Nessa perspectiva, o tipo normativo dos acordos internacionais em vigor na área da saúde Brasil-BRICS apresenta outra deficiência no acervo analisado. Dos 38 atos em saúde obtidos no levantamento final, apenas seis deles são ajustes complementares, o que corresponde a uma proporção de cerca de 15,8 por cento. Enquanto na cooperação do Brasil com a América Latina, dos 129 atos internacionais analisados, 69 são ajustes complementares, correspondendo a aproximadamente 53,5 por cento do número total do acervo obtido pelos autores (POZZATTI; FARIAS, 2019).

No que diz respeito à investigação qualitativa, ela será realizada por meio da leitura do conteúdo dos atos internacionais em vigor no setor de saúde, levando em consideração determinados elementos, chamados de marcadores, que possibilitarão a contextualização da agenda em saúde Brasil-BRICS. Dado que a amostra final é composta por um número reduzido de acordos internacionais, todos eles passarão por uma análise de conteúdo, independentemente de seu tipo normativo ou de qualquer outro marcador abordado ao longo do último capítulo. Nesse sentido, o ponto de partida para a análise dos 38 atos em saúde é considerar elementos centrais do que é identificado como cooperação internacional estruturante, como a construção de capacidades e o fortalecimento institucional (ALMEIDA et al., 2010; FERREIRA; FONSECA, 2017).

Além disso, a utilização dos marcadores de Torronteguy (2010) por Pozzatti e Farias (2019) para fundamentar a análise qualitativa dos acordos internacionais em saúde entre o Brasil e os países da América do Sul traz importantes reflexões para a investigação dos acordos em saúde Brasil-BRICS. Em sua tese, Torronteguy (2010) aborda a cooperação bilateral sanitária do Brasil com cada um dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), argumentando que a cooperação internacional, quando horizontalizada e democratizada, pode

ser um "instrumento jurídico para a efetivação do direito humano à saúde" (TORRONTÉGUY, 2010).

Para investigar os atos bilaterais firmados entre os países, o autor indaga que

por mais densidade jurídica que seja dada à cooperação Sul-Sul, seus programas e projetos só se tornarão obra realizada se forem efetivamente implementados e se as comunidades se apropriarem localmente, não apenas do conhecimento transferido, mas também, e principalmente, do modo de produzir conhecimento. (TORRONTÉGUY, 2010, p. 231-232).

Ao afirmar isso, Torronteguy (2010) busca explicar que a análise das informações expostas no conteúdo dos atos internacionais também é uma maneira de descobrir onde se situa essa cooperação. Sua investigação, que parte da compreensão dos níveis de horizontalidade e democratização nessa dimensão da cooperação em saúde com os PALOP, também abrange a análise de sua sustentabilidade. Em relação a isso, “a sustentabilidade é vista como um desafio para um modelo de cooperação Sul-Sul que abranja os valores da horizontalidade e de maior democracia” (POZZATTI; FARIAS, 2019, p. 375).

Nas palavras de Torronteguy (2010),

a sustentabilidade, no contexto da cooperação internacional, pode ser lida como temporariedade, a fim de que o Estado recebedor da ajuda, com o tempo, prescindida da ajuda estrangeira e tenha, nas suas próprias instituições, condições de desenvolver suas capacidades nacionais. (2010, p. 252).

O autor também elenca uma série de marcadores para medir o grau horizontalidade da cooperação, dos quais são:

coordenação conjunta dos programas e projetos de cooperação, necessidade de consenso para tornar públicos documentos da cooperação, ausência de condicionalidades, não verificação de seletividade, inexistência de endividamento, estabelecimento de mecanismos de consultas políticas. (TORRONTÉGUY, 2010, p. 252).

O presente trabalho faz uma apropriação das categorias selecionadas por Torronteguy (2010), pois entende que os objetivos dessa investigação são semelhantes. Portanto, analisar o conteúdo dos atos internacionais do acervo obtido a partir desses marcadores é fundamental para situar a agenda de cooperação em saúde com os BRICS. Além disso, as categorias previamente elencadas "foram englobadas pela abordagem da cooperação estruturante em saúde desde a sua primeira definição até as considerações atuais sobre ela" (POZZATTI; FARIAS, 2019, p. 376). Para fins de descrição, esta empreitada fará uma análise dos seguintes

indicadores de horizontalidade na seção subsequente: consenso para divulgação, encargos financeiros, mecanismos de consultas políticas e posição na relação.

Ainda, no que diz respeito aos elementos de horizontalidade na cooperação, o autor pontua que "o discurso da horizontalidade, embora coerente com a forma jurídica e com os fins da cooperação sanitária, não é imune à verticalidade dos meios e do conteúdo dos atos bilaterais de cooperação" (TORRONTEGUY, 2010, p. 232). Nesse sentido, questões acerca da horizontalidade, presentes na descrição dos atos internacionais analisados, acabam não refletindo em uma distribuição material horizontal, mas sim vertical (TORRONTEGUY, 2010). O que se quer dizer, portanto, é que enquanto há um discurso sobre a cooperação Sul-Sul entre esses países ser essencialmente horizontal, na prática, há elementos verticais que não são condizentes com os valores da cooperação Sul-Sul vistos ao longo da seção 2.2.2.

Nessa seara, uma pontuação cabível está relacionada aos elementos regulados no conteúdo dos atos internacionais. Elementos formais dizem respeito a quem e como, enquanto a distribuição material, palpável, se traduz como o quê (TORRONTEGUY, 2010). A referida observação é importante, pois, de certo modo, a análise dos atos internacionais em vigor presentes em ambos os acervos (América do Sul e PALOP) traz lições importantes sobre os desafios da própria cooperação Sul-Sul, uma vez que há um certo descompasso entre o discurso e a prática.

Para Torronteguy (2010),

Em que pese o cuidado diplomático com a redação dos atos bilaterais analisados, fica evidente, quando se lê as cláusulas que apresentam os objetivos e atividades da cooperação entabulada, que o Brasil *oferece* o conhecimento técnico para desenvolver capacidades no país estrangeiro. (2010, p. 252).

Ao oferecer o conhecimento técnico para o país cooperante, no sentido deste, em um segundo momento, desenvolver suas capacidades, estabelece-se uma relação na qual o Brasil é o país que oferta a capacitação, enquanto o outro país é receptor, sendo assim as partes assumem posições distintas, um de agente que capacita e outro que é capacitado (TORRONTEGUY, 2010). Contudo, vale lembrar que o estudo em questão retrata a cooperação do Brasil com o PALOP, implicando a existência de duas assimetrias entre as partes: aquela entre o Brasil e cada um dos cinco países do PALOP, e a assimetria entre os PALOP (TORRONTEGUY, 2010).

No que consta sobre isso, a assimetria entre o Brasil e os países africanos de língua oficial portuguesa "indica que a cooperação em matéria sanitária é claramente uma ajuda

brasileira para o enfrentamento de hercúleos problemas por parte dos outros países" (TORRONTEGUY, 2010, p. 256). O autor conclui que "a verticalidade material não apenas é inevitável, como é o próprio leitmotiv dessa cooperação Sul-Sul" (TORRONTEGUY, 2010, p. 256).

Ainda sobre as diferenças entre os países que compõem o PALOP, outro ponto importante é em relação à sua heterogeneidade, na qual se "sugere que a cooperação sanitária não há de ser a mesma com todos esses países, de maneira que uns podem ter melhores condições para – ou maior necessidade de – constituir ou fortalecer instituições para o desenvolvimento de capacidades" (TORRONTEGUY, 2010, p. 257). Isso significa que há um descompasso entre as agendas de cooperação para cada país com o Brasil, uma vez que, levando em conta suas capacidades e instituições domésticas, suas necessidades demandam uma abordagem diferenciada.

Essa reflexão é valiosa para o andamento da pesquisa e para as considerações finais acerca das descobertas dessa pesquisa, tendo em vista que o Brasil não ocupa uma posição tão privilegiada, em termos materiais, se comparado à Rússia, Índia, China e África do Sul. Com isso em mente, há de se observar se o Brasil ocupa essa mesma posição de agente que capacita os outros membros do agrupamento, ou se há uma troca mútua, ou até mesmo uma agenda na qual o Brasil é o país que é capacitado. Em relação a isso, o marcador de "posição na relação" vai contribuir para ter uma melhor compreensão da posição dos agentes na cooperação Brasil-BRICS em saúde.

Ainda no debate acerca da horizontalidade, uma outra questão importante concerne a *sustentabilidade* da cooperação. Nas palavras de Torronteguy (2010),

Reitere-se que sustentabilidade, no contexto da cooperação internacional, pode ser lida como *temporiedade*, a fim de que o Estado recebedor da ajuda, com o tempo, prescindia da ajuda estrangeira e tenha, nas suas próprias instituições, condições de desenvolver suas capacidades nacionais. (2010, p. 252).

A sustentabilidade, portanto, se reflete na continuidade dos projetos de cooperação estruturante, para que, então, os países de cooperação possuam condições mínimas, em suas instituições domésticas, de se sustentarem sem essa dita "ajuda estrangeira". Para esta empreitada, será utilizado como marcador de sustentabilidade aquilo que "corresponde aos atos que versam unicamente sobre sustentabilidade" (POZZATTI; FARIAS, 2019, p. 378), o qual será visto na próxima seção.

Por fim, a análise qualitativa dos atos bilaterais Brasil-BRICS prevê a análise de marcadores que refletem a legitimidade democrática dessa cooperação. Para tanto, serão analisados aspectos que versam sobre o parecer das atividades, ou seja, se há mecanismos para a produção e divulgação dos resultados dessas empreitadas. Como mencionado na seção 2.3.2, a inclusão de instrumentos jurídicos que impõem uma periodicidade para a elaboração de relatórios sugere a ocorrência de um mecanismo de monitoramento. A avaliação, por sua vez, prevê a elaboração de relatórios finais sobre os resultados. Com isso em mente, a próxima seção apresentará os indicadores previamente elencados para analisar o conteúdo dos atos internacionais em saúde vigentes que compõem a cooperação Brasil-BRICS para o setor.

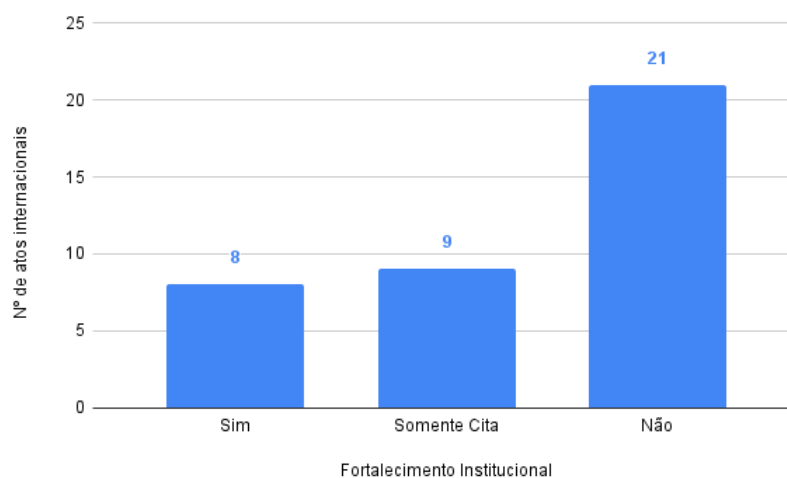
4.2 A INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA DO CONTEÚDO DOS ACORDOS EM SAÚDE BRASIL-BRICS

As descobertas em relação à dimensão bilateral da cooperação em saúde Brasil-BRICS revelaram, até este momento, que essa agenda é bastante reduzida e dispersa, se comparada a outras investigações com a mesma proposta (POZZATTI; FARIAS, 2019; TORRONTEGUY, 2010). Com base em termos numéricos do acervo analisado, a dimensão bilateral dessa cooperação pode não ser tão desenvolvida pelos atores. Dessa maneira, esta seção se ocupa de investigar o conteúdo dos 38 acordos em saúde, a partir dos marcadores elencados na seção 4.1, para que se possa compreender onde está situada a agenda de cooperação em saúde Brasil-BRICS.

Antes de prosseguir para a análise objetiva de cada um dos marcadores, algumas ponderações acerca das descobertas são necessárias. Uma questão comum identificada a partir da leitura do conteúdo dos acordos internacionais em saúde vigentes concerne ao tempo verbal utilizado para se referir a artigos que versam sobre a execução, implementação e objetivos do acordo, pois, via de regra, as classes gramaticais empregadas são o imperativo e o subjuntivo, indicando apenas uma possibilidade futura ou um dever, e não uma concretude na ação. Essa mesma identificação foi encontrada em outros artigos, o que pode estar relacionado ao seu tipo normativo, em razão de que grande parte dos atos internacionais do acervo são apenas marcos políticos (ABC, 2013) da cooperação, e não ações concretas em vias de promover o direito à saúde no Brasil. Nesse sentido, isso pode explicar a disparidade entre alguns marcadores analisados, e até mesmo a diferença entre as descobertas dessa investigação com aquela de Pozzatti e Farias (2019), na qual será discutida ao longo dessa seção.

Desse modo, a análise do conteúdo dos 38 atos internacionais em saúde passa, em um primeiro momento, pela ideia de fortalecimento institucional. Para tanto, o presente trabalho buscou identificar a ocorrência de trechos em que se menciona a ideia de fortalecimento institucional, assim como a capacitação e o desenvolvimento de recursos humanos (BUSS; FERREIRA, 2010). As descobertas sugerem que, dentre os 38 atos analisados, apenas oito preveem o fortalecimento institucional. Dentre os demais atos, nove fazem menção ao fortalecimento institucional, mas seu emprego gramatical não indica a ocorrência de uma capacitação, e sim uma possibilidade futura dentro do ato, ou até mesmo uma das opções de cooperação acordadas, enquanto os outros 21 atos não mencionam o fortalecimento institucional. Isso também se deve ao fato de haver um alto índice de atos internacionais do tipo normativo, que constituem os marcos políticos (ABC, 2013) da cooperação. Para facilitar o entendimento, os dados referentes aos 38 atos estão dispostos no gráfico abaixo.

GRÁFICO 9 - Fortalecimento institucional dos atos em vigor em saúde Brasil-BRICS (38 atos internacionais)



Fonte: Autor

Por si só, o indicador de fortalecimento institucional não é suficiente para situar a agenda em saúde Brasil-BRICS, de modo que o emprego de outras categorias de análise é importante para compreender essa agenda. Para esta finalidade, a presente investigação faz o uso de marcadores que indicam a horizontalidade da cooperação (TORRONTÉGUY, 2010), mencionados na seção 4.1.

O primeiro deles, consenso para divulgação, refere-se à necessidade de consenso para tornar públicos os documentos da cooperação. Na presente investigação, optou-se por separar em quatro categorias o marcador, tendo em vista que o acervo analisado revelou quatro diferentes circunstâncias para a divulgação dos documentos que se referem aos resultados dessa empreitada. Dentre os 38 atos internacionais, em apenas três deles há consenso para divulgação dos dados, quando há concordância entre as partes, enquanto dois possuem acesso livre. Dos 33 atos restantes, quatro deles possuem suas informações confidenciais, ou seja, está expresso no ato internacional que as informações resultantes da cooperação estão restritas para uso exclusivo e confidencial das partes, ao passo que os últimos 29 atos são inconclusivos, pois não são mencionadas informações quanto à divulgação desses documentos. A tabela abaixo ilustra com maior clareza o que foi exposto.

Tabela 2 - Indicador sobre consenso para divulgação presentes nos atos em vigor em saúde Brasil-BRICS (38 atos internacionais)

Consenso para Divulgação	Nº de atos internacionais	Porcentagem (em relação aos 38 atos em saúde)
Sim (livre)	2	5,27%
Sim (com concordância entre as partes)	3	7,29%
Inconclusivo (não é citado no conteúdo do ato)	29	76,31%
Não (confidencial)	4	10,52%

Fonte: autor

Quanto aos dados, é oportuno fazer uma breve comparação com os resultados de Pozzatti e Farias (2019) sobre o mesmo marcador, no qual, dos 129 atos internacionais em saúde firmados entre o Brasil e os países da América do Sul, 61 prevê consenso para divulgação dos dados, o que representa cerca de 47 por cento do total de atos. Se combinados os atos nos quais os resultados da cooperação podem ser livremente utilizados pelas partes e aqueles em que há concordância entre as partes, daria um total de cinco atos internacionais, os quais representaria somente 13 por cento. Isso é um achado importante, e, em certa medida, preocupante, visto que a disponibilidade desses documentos torna a cooperação mais democratizada. No entanto, o que parece estar ocorrendo é um movimento de afastamento por parte dos atores que operam a cooperação da sociedade civil, dado o número de atos que possuem tal mecanismo.

Por sua vez, os encargos financeiros são empregados com a finalidade de entender quem está financiando a cooperação, ou se há uma paridade entre as partes, se não existem gastos, ou até mesmo a existência de outras maneiras nas quais os encargos financeiros são manejados. No acervo desta pesquisa, 20 atos internacionais não preveem gastos financeiros entre as partes, enquanto em 12 atos os custos são divididos igualmente pelos cooperantes. Já os últimos seis atos possuem uma divisão diferenciada, que não corresponde a uma divisão "meio a meio", tampouco explicitam qual parte arcará com custos mais elevados. Abaixo, a tabela busca mostrar de maneira mais simplificada os dados obtidos.

Tabela 3 - Indicador de encargos financeiros nos atos em vigor em saúde Brasil-BRICS (38 atos internacionais)

Encargo Financeiro	Nº de atos internacionais	Porcentagem (em relação aos 38 atos em saúde)
Sem	20	52,62%
Divididos	12	31,57%
Outros	6	15,78%

Fonte: autor

Os dados resultantes desse marcador acabam refletindo, mais uma vez, o tipo normativo dos atos internacionais em saúde. Em razão desta pesquisa considerar aqueles acordos que fazem parte dos marcos políticos da cooperação Sul-Sul (Atas, Declaração de Intenções, Memorandos de Entendimento, entre outros), muitos deles não possuem encargos financeiros, pois apenas constituem mecanismos para convergência de agendas e identificação de setores prioritários para a cooperação. Portanto, são canais de comunicação e acabam não sendo um dispêndio para as partes. O mesmo acontece também com alguns Acordos-quadro, enquanto servem de moldura para os Ajustes Complementares, estes que demandam uma certa divisão de gastos.

Uma dificuldade que parece ser comum para a análise dos atos internacionais é a falta de projetos cadastrados no SISCOOP (Sistema de Gestão de Projetos e Ações de Cooperação Internacional em Saúde), plataforma que se propõe a divulgar os projetos em andamento pelo Brasil com diversos países cooperantes. Contudo, o site é ultrapassado e não parece ser atualizado, o que dificulta ainda mais o acesso a projetos em andamento pelo Brasil. Além disso, esperava-se que, ao menos, houvesse um projeto em curso para cada ajuste complementar, ou até para cada ato internacional que apontasse para a ideia de fortalecimento institucional. Apesar disso, no site consta apenas um único projeto de cooperação em saúde com a África do Sul.

O projeto é chamado *Technical Support to South African Human Milk Banks*¹³ (Suporte Técnico aos Bancos de Leite Humano Sul-Africano), no qual a Fiocruz é instituição executora do projeto. Ele faz parte do *Complementary Agreement to the Technical Cooperation Agreement between the Government of the Federative Republic of Brazil and the Government of the Republic of South Africa for the implementation of the Project “Technical Support to South African Human Milk Banks*, que configura como um Ajuste Complementar vigente entre as duas partes, apesar de não ter seu arquivo disponível no site. O Ajuste em questão tampouco foi encontrado na Plataforma Concórdia durante o levantamento documental dos atos internacionais Brasil-BRICS.

No entanto, a Plataforma disponibiliza um link para download de um documento em formato word (.docx), no qual consta informações sobre o projeto. O arquivo possui 21 páginas que contém informações sobre as agências que coordenam o projeto – Fiocruz e National Department of Health –, justificativa para o projeto, custos para as partes, metas de desenvolvimento e metas específicas. Quanto aos gastos, o que se observa é que o Brasil é o país que fica com grande parte dos gastos, bem como é o país que capacita os agentes Sul-Africanos, estes que se concentram em ser capacitados e na execução de relatórios quanto ao monitoramento das atividades do projeto.

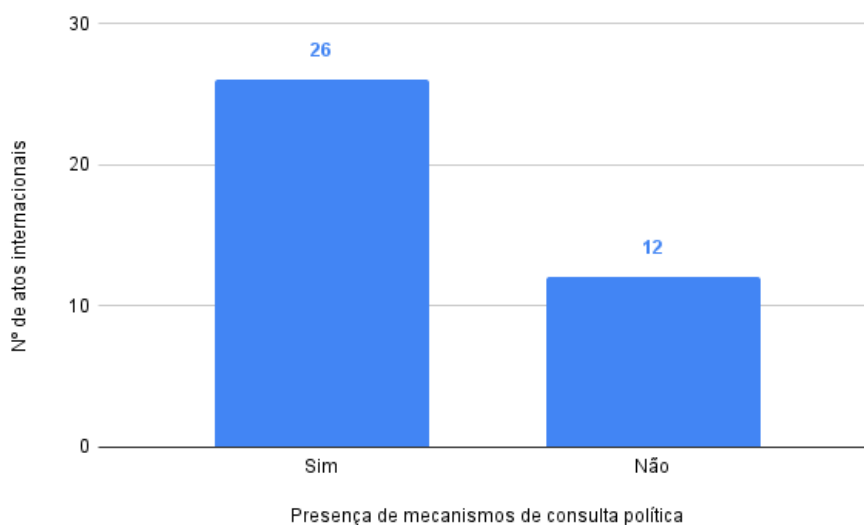
A moldura desse projeto se dá por meio do Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República da África do Sul de Cooperação Técnica, junto ao Ajuste Complementar citado anteriormente. O projeto também se encontra no âmbito do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), de modo que ele é designado como "Projeto PNUD BRA/04/043". Uma breve pesquisa sobre esse projeto revelou que ele compreende uma grande quantidade de programas paralelos ao da África do Sul, de modo que ela apontou para a existência de outros projetos com diversos países, que também fazem parte do "BRA/04/043". No entanto, não foram encontradas novas informações referentes ao projeto dos bancos de leite humano com a África do Sul em outros relatórios, estes que se encontram no site do PNUD, pois são disponibilizados apenas para usuários com login e senha. De alguma maneira, os documentos acessados possuem livre acesso em uma simples procura no navegador, através de links que direcionam para o site do PNUD. No entanto, o acesso através do site é bloqueado para usuários não cadastrados.

O assunto em si poderia gerar até mesmo uma pesquisa à parte, porém não é o foco dessa seção. Em vista disso, o marcador que diz respeito aos mecanismos de consultas políticas

¹³Para ver mais. Acessar: <http://aplicacao.saude.gov.br/siscoop/pais/index.jsf>

se mostram como um importante aparato para a manutenção da cooperação. Para o presente trabalho, entende-se que esse mecanismo funciona como um canal de comunicação entre as partes, de modo que o contato entre elas possibilita o andamento da cooperação e a correção de rotas, caso necessário. A análise dos atos internacionais em saúde acusou a presença desse mecanismo em 26 dos 38 atos, enquanto os demais 12 não possuem tal dispositivo. A presença de diversos atos internacionais que constituem Comissões de Chefes de Estado, tal como a Ata da VI Reunião Plenária da Comissão Sino-Brasileira de Alto Nível de Concertação e Cooperação¹⁴, ou o Plano de Ações Conjuntas “Brasil-Rússia” do Governo da República Federativa do Brasil e do Governo da Federação da Rússia¹⁵, ou atos que tratam sobre Parcerias Estratégicas em diversas áreas, não foram considerados, embora façam parte dos 38 atos em saúde analisados. O gráfico abaixo apresenta os dados explicados anteriormente.

GRÁFICO 10 - Presença de mecanismos de consulta política nos atos em vigor em saúde Brasil-BRICS (38 atos internacionais)



Fonte: autor

Outro marcador importante é a posição na relação. Esse indicador consiste em reunir “a perspectiva de horizontalidade na relação bilateral e a coordenação conjunta de programas e

¹⁴ BRASIL; CHINA. *Ata da VI Reunião Plenária da Comissão Sino-Brasileira de Alto Nível de Concertação e Cooperação – COSBAN*. 2022. Disponível em: <https://concordia.itamaraty.gov.br/detalhamento-acordo/12595?TituloAcordo=Ata%20da%20VI%20Reunião%20Plenária%20da%20Comissão%20Sino-Brasileira%20de%20Alto%20Nível%20de%20Concertação%20e%20Cooperação%20-%20COSBAN&tipoPesquisa=1&TipoAcordo=BL,TL,ML>. Acesso em: 20 maio 2023.

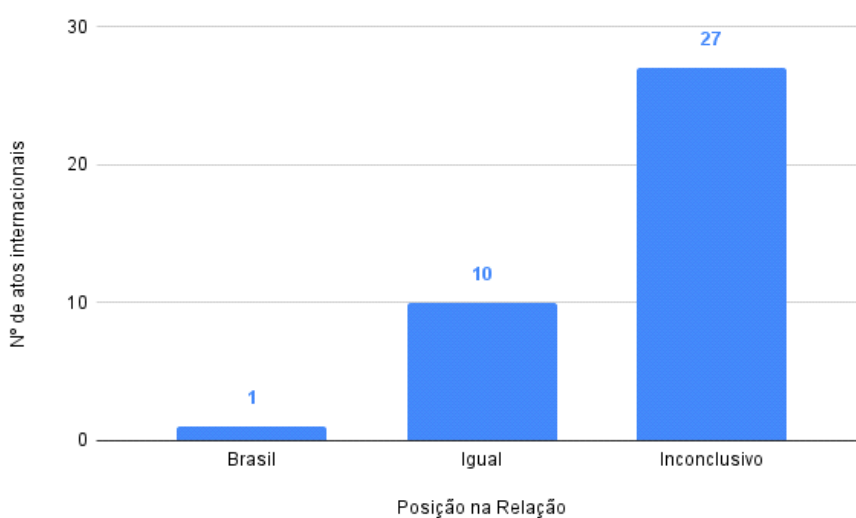
¹⁵ BRASIL; RÚSSIA. *Plano de Ações Conjuntas "Brasil - Rússia" do Governo da República Federativa do Brasil e do Governo da Federação da Rússia*. 2000. Disponível em: <https://concordia.itamaraty.gov.br/detalhamento-acordo/4636?tipoPesquisa=2&TituloAcordo=Plano%20de%20Ações%20Conjuntas%20&TipoAcordo=BL,TL,ML&IdEnvolvido=266>. Acesso em: 20 maio 2023.

projetos de cooperação” (POZZATTI; FARIAS, 2019, p. 376). Na presente investigação, contudo, a tarefa de identificar os atores que capacitam daqueles que são capacitados, ou se há uma paridade de demandas, foi difícil. Isso se deve, sobretudo, à falta de informações sobre os atos internacionais, bem como à ausência de meios para monitorar o que tem sido objeto de cooperação.

O site do SINCOOP não foi de grande utilidade para esta pesquisa, pois não apresenta dados atualizados referentes aos projetos de cooperação em saúde brasileiros. A falta de mecanismos que possuem proposta similar acaba impossibilitando a formulação de resultados precisos quanto às matérias reguladas em saúde, de modo que os dados do marcador refletem a descrição das divisões de tarefas e encargos entre as partes.

As descobertas indicam que em apenas um caso o Brasil é a parte que, em tese, capacita. Enquanto o restante se dividiu em outras duas categorias. Uma grande porção de atos internacionais, 27, apresenta-se como inconclusivos. Isso se deve, em primeiro lugar, à grande presença de atos que representam os marcos políticos da cooperação e, em segundo lugar, à falta de especificação quanto ao que é designado para cada parte. Por fim, 10 atos internacionais foram classificados como iguais, ou seja, as partes possuem tarefas idênticas. O gráfico abaixo representa de forma mais clara e simplificada os dados do marcador.

GRÁFICO 11 - Marcador de posição na relação entre os atos internacionais em vigor em saúde Brasil-BRICS (38 atos internacionais).



Fonte: Autor

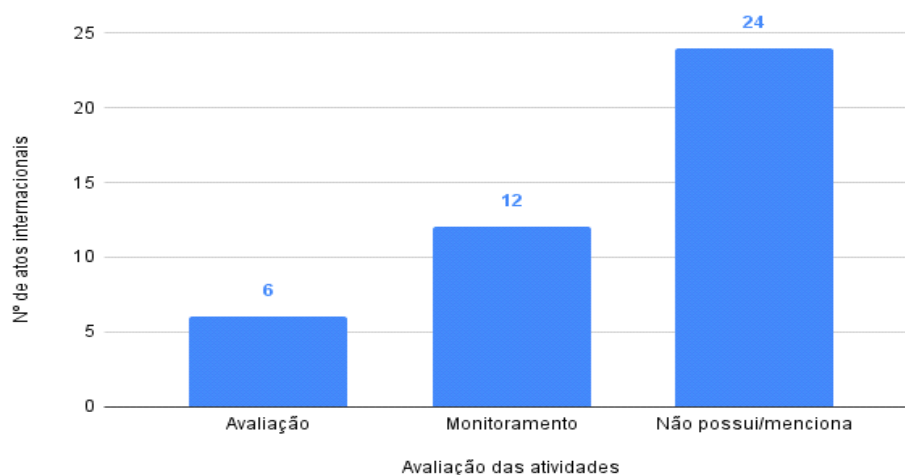
Outra questão para análise, mencionada na última seção, são os indicadores de legitimidade democrática, que refletem a sustentabilidade da cooperação. Para Torronteguy

(2010), esses indicadores consistem em mecanismos para avaliação e monitoramento da cooperação internacional, que garantem sua sustentabilidade, a partir da publicação de documentos relacionados ao que está sendo produzido. Segundo o autor, os mecanismos de monitoramento possuem uma certa periodicidade para elaboração de relatórios, enquanto os mecanismos de avaliação se restringem a relatórios sobre os resultados finais da cooperação (TORRONTEGUY, 2010). Na mesma perspectiva, "o caso do consenso na publicidade dos relatórios produzidos, nos casos em que se prevê avaliação e monitoramento por meio de relatórios" (POZZATTI; FARIAS, 2019, p. 379).

Na investigação sobre esses mecanismos incorporados à cooperação Brasil-BRICS no campo da saúde, observa-se a ausência de relatórios, tanto de monitoramento como de avaliação. Uma parte dos atos internacionais acusa a existência de mecanismos de monitoramento e avaliação, porém eles são de uso das partes, para avaliarem o andamento da cooperação, não sendo disponibilizados ao público. Na plataforma Concórdia, não foram encontrados documentos anexos aos atos internacionais que indiquem a produção de relatórios finais ou periódicos, tampouco no SINCOOP. Assim, pouco se sabe sobre o andamento desses projetos, mesmo que esses atos estejam vigentes e, em seu conteúdo, indiquem a existência desses mecanismos.

Dos 38 atos internacionais analisados, somente seis atos possuem mecanismos que apontam para a avaliação das atividades, enquanto 12 possuem monitoramento periódico das atividades. Além disso, 24 atos não possuem quaisquer mecanismos de avaliação das atividades. O gráfico abaixo ilustra de maneira simples o que foi exposto até então.

GRÁFICO 12 - Indicadores de preocupação com legitimidade democrática dos atos internacionais em vigor em saúde Brasil-BRICS (38 atos internacionais)



Fonte: Autor

Como observado, os números do gráfico anterior (42) são superiores aos do total de atos internacionais em saúde (38). Isso ocorre porque em alguns dos atos analisados constam dispositivos de monitoramento e avaliação dos resultados para a mesma cooperação. O Ajuste no Setor de Medicina Tradicional Chinesa e Fitofármacos, complementar ao Acordo de Cooperação Científica e Tecnológica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Popular da China prevê, no Artigo 4 § 3 que "os responsáveis do órgão executor deverão informar aos respectivos representantes o andamento das atividades ao menos uma vez ao ano e apresentar avaliação ao final da atividade" . No entanto, chama a atenção o alto número de atos em que não há manutenção da cooperação, pois não possuem dispositivos para monitoramento ou avaliação das atividades. Isso indica que a cooperação em saúde Brasil-BRICS apresenta um baixo grau de sustentabilidade.

Com base nisso, a próxima seção buscará avaliar os resultados obtidos ao longo desta seção e combiná-los com as outras descobertas desta investigação. Esses resultados compõem todo o arcabouço teórico do trabalho, devido às descobertas da revisão bibliográfica sobre cooperação internacional, bem como o que foi encontrado na etapa quantitativa do estudo.

4.3 REFLEXÕES SOBRE AS DESCOBERTAS DA PESQUISA EMPÍRICA

A seção final deste capítulo tem como objetivo discutir os resultados da pesquisa, levando em conta as etapas anteriores da investigação, uma vez que fazem parte da construção teórica e fundamentam as reflexões a serem abordadas. Nesse sentido, o uso de marcadores para analisar aspectos específicos do conteúdo dos acordos internacionais em vigor entre o Brasil e os países do BRICS no setor da saúde foi uma etapa importante para obter uma melhor compreensão dos limites e possibilidades dessa cooperação. Além disso, essa etapa final busca refletir sobre a agenda de cooperação desses países, a fim de determinar se ela está alinhada à estruturação dos sistemas de saúde ou à complementação econômica.

Além disso, no que diz respeito às perguntas de pesquisa que questionam sobre a formalização dos BRICS e se ela está relacionada à catalisação da cooperação sanitária entre eles, buscamos como ponto de partida as experiências de Cooperação em Saúde Estruturante (CES) do Brasil com países da América Latina, do continente africano e também com instituições regionais como a Unasul, o Mercosul, a CPLP e os PALOP. Essas experiências serviram de referência para analisar a abordagem brasileira no setor. Nesse sentido, a pesquisa

questionou se a cooperação brasileira no setor, especialmente no fortalecimento institucional e na capacitação de recursos humanos, observada com os outros parceiros mencionados, possui continuidade na cooperação com os países do BRICS.

O caso brasileiro, quando comparado a outros parceiros do Sul global, que enfrentam grandes assimetrias de desenvolvimento e poder, é bastante complexo e acaba reproduzindo valores que não se adequam à cooperação Sul-Sul.

Como Esteves et al (2012) apontam

o aprofundamento da assimetria entre os parceiros da CSS tende a produzir a verticalização das relações entre parceiros, reproduzindo a dualidade “doador x receptor” que marcou as práticas da CNS e induziu ao estabelecimento de princípios como apropriação, alinhamento, ou mesmo de metas para a redução da ajuda “amarrada”. (2012, p. 68).

As assimetrias existentes podem gerar a percepção de que a cooperação Sul-Sul não é totalmente horizontalizada, como geralmente é associada. No entanto, Torronteguy (2010) destaca que, nesses casos, ocorre uma distribuição vertical de conhecimentos e recursos materiais para alcançar a horizontalidade na cooperação. Ou seja, a verticalidade é um meio para atingir a horizontalidade, que é o objetivo final.

Em consonância com isso, a cooperação Sul-Sul desenvolvida pelo Brasil com países em desenvolvimento busca ser horizontal, respeitando o consenso mútuo e a independência, sem impor condicionalidades (TORRONTÉGUY, 2010). Quanto à questão das condicionalidades, a análise qualitativa do conteúdo dos atos internacionais entre o Brasil e os países do BRICS não identificou nenhum elemento de condicionalidade entre as partes, o que é um importante indicativo de sustentabilidade na cooperação. Além disso, esse indicador está em acordo com as descobertas de pesquisas de outros autores sobre a cooperação em saúde brasileira com países em desenvolvimento da América Latina, CPLP e PALOP (PITTAS; DRI, 2017; POZZATTI; FARIAS, 2019; TORRONTÉGUY, 2010).

No entanto, em termos de capacidades, a relação entre o Brasil e os países do BRICS é significativamente diferente daquela que o Brasil possui com países em desenvolvimento na América Latina e no continente africano. Pelo menos em relação aos atos bilaterais firmados, o número obtido nesta pesquisa é bastante reduzido em comparação com estudos mencionados anteriormente. Por exemplo, na cooperação sanitária entre o Brasil e os PALOP, há um total de 93 atos internacionais no setor, abrangendo Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe (TORRONTÉGUY, 2019), enquanto há um total de 129 atos internacionais para a cooperação com países da América do Sul (POZZATTI; FARIAS, 2019).

Se por um lado, a quantidade de atos internacionais obtidos no levantamento aponta para uma cooperação incipiente para o setor, especialmente considerando a perspectiva desses países aproveitarem suas vantagens comparativas, há um amplo espaço para essa cooperação se desenvolver. Por outro lado, o levantamento documental considera apenas a dimensão bilateral da cooperação, o que não exclui a possibilidade da cooperação triangular ou multilateral ser mais desenvolvida. A última seção apontou a existência de um projeto brasileiro de cooperação com a África do Sul sobre bancos de leite humano, em parceria com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, abrindo caminho para novas pesquisas que investigam essa dimensão.

Observa-se que a saúde se apresenta como um setor importante para esses países, uma vez que suas vantagens comparativas em diversas áreas relacionadas à saúde podem ser um fator importante para se complementarem e impulsionar sua cooperação nesse setor. Como observado, os representantes dos BRICS se encontram anualmente às margens da Assembleia Mundial da Saúde e realizam reuniões entre seus Ministros de Saúde. Isso também significa que são atores vocais em relação a mudanças na governança global da saúde. Se no momento em que esses países começaram a se coordenar politicamente foram considerados atores revisionistas, gradualmente suas discussões se destinaram a "reformas pontuais dos mecanismos de governança global que permitam aumentar sua influência sobre decisões em áreas centrais para seu próprio desenvolvimento" (ESTEVEZ et al, 2012, p. 67).

Segundo Padula e Fonseca (2020), em análise das declarações referentes às Cúpulas Ministeriais de Saúde, Reuniões de Ministros nas Assembleias Mundiais de Saúde e Cúpulas presidenciais, pautas como flexibilidades do acordo Trips e acesso a medicamentos, novos regimes de inovação, reforma da Organização Mundial da Saúde e Tuberculose são constantemente mencionados nos textos (PADULA; FONSECA, 2020). A tabela abaixo foi produzida com base nos dados obtidos pelos autores.

Tabela 4 - Temas de destaque em declarações do BRICS (2011-2019)

Declarações	Total	Flexibilidade do Trips e acesso a medicamentos	Novos regimes de inovação	Tuberculose	Reforma da OMS
Cúpulas Ministeriais de Saúde	9	9	8	9	6
Reuniões de Ministros nas Assembleias Mundiais de Saúde	6	6	6	4	6
Cúpulas presidenciais	9	3	6	6	0

Fonte: PADULA; FONSECA, 2020.

Os dados expostos mostram que esses países possuem uma agenda definida para a área de saúde, de modo que, em certos assuntos relacionados ao setor, há um consenso. Contudo, para além do campo discursivo, pouco se sabe sobre as empreitadas multilaterais em matéria sanitária, o que pode ser objeto para uma futura pesquisa. Quanto à questão discursiva, foi observada a presença de um amplo número de atos internacionais que discorrem sobre a matéria de saúde, porém não nos dizem muito sobre ações concretas no setor.

Sobre os marcadores qualitativos da última seção, dos 38 atos internacionais em saúde analisados qualitativamente, apenas oito atos possuem o fortalecimento institucional como um dos objetivos da cooperação. Entre eles, há seis Ajustes Complementares, um Acordo-quadro e um Plano de Ação Conjunta. Dentre os atos internacionais, há quatro Ajustes Complementares e um Plano de Ação Conjunta com a China, dois Ajustes Complementares com a Índia e um Acordo-quadro com a Rússia.

A tabela abaixo foi formulada para facilitar o entendimento dos atos internacionais em saúde Brasil-BRICS que possuem fortalecimento institucional.

Tabela 5 - Atos internacionais em saúde que possuem fortalecimento institucional (oito atos internacionais)

Título	Tipo Normativo	Data de Assinatura
Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Científica e Tecnológica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Popular da China.	Ajuste Complementar	1984
Ajuste Complementar sobre Vigilância de Medicamentos e Produtos Relacionados à Saúde ao Acordo de Cooperação Científica e Tecnológica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Popular da China	Ajuste Complementar	2004
Ajuste no Setor de Biotecnologia Aplicada a Agricultura Complementar ao Acordo de Cooperação Científica e Tecnológica de 25 de março de 1982 entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Popular da China	Ajuste Complementar	1994
Ajuste no Setor de Medicina Tradicional Chinesa e Fitofármacos Complementar ao Acordo de Cooperação Científica e Tecnológica de 25 de março de 1982 entre o Governo da República Federativa do Brasil e a República Popular da China	Ajuste Complementar	1994
Plano Decenal de Cooperação entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Popular da China	Plano de Ação Conjunta	2012
Ajuste Complementar ao Acordo de Comércio entre o Governo da República do Brasil e o Governo da República Índia sobre Medidas Sanitárias e Fitossanitárias	Ajuste Complementar	1997
Ajuste Complementar ao Acordo sobre Cooperação nos Campos da Ciência e Tecnologia entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República da Índia na Área de Saúde e Medicina	Ajuste Complementar	1998

Fonte: Autor

Em que pese os dados da tabela acima, algumas considerações são importantes. Algo que se pode notar é que os atos internacionais em saúde que possuem fortalecimento institucional como uma modalidade para a cooperação se concentram nos anos da década de 1990. Ao menos na dimensão bilateral da cooperação do Brasil com os países que compõem os BRICS, esse é um elemento presente antes da cooperação em saúde virar um tema prioritário na agenda de política externa brasileira (ALMEIDA et al., 2010). Curiosamente, apenas dois atos internacionais foram firmados após a virada do milênio, enquanto somente um após a concertação política dos países BRICS. Isso pode sugerir que, ao menos bilateralmente, não há vontade política dos atores em avançar a cooperação no setor, o que não exclui a possibilidade dessa cooperação existir em outros arranjos, afinal o recorte da pesquisa considera apenas uma dimensão, a partir dos atos internacionais obtidos na plataforma Concórdia, do MRE.

Uma questão comum dos oito atos internacionais analisados refere-se às Entidades Executoras. A coordenação dos projetos de cooperação concentra-se, sobretudo, nos Ministérios e órgãos estatais.

Isso é uma questão importante, pois, nas palavras de Torronteguy, (2010)

Não se trata de constatar que a cooperação se dá entre chancelarias, o que seria uma obviedade, mas se trata de verificar que os órgãos de coordenação das atividades concretas da cooperação são, quase sempre, órgãos governamentais do poder Executivo, especialmente ministérios, como o Ministério da Saúde. Assim, a cooperação bilateral com os PALOP muitas vezes capacita agentes estatais desses países. Este é um dado cuja leitura pode ser positiva, considerando que isso traduz uma cooperação que supera o nível individual, alcançando o nível institucional (2010, p. 204).

Nesse sentido, o que se observa na cooperação com os BRICS pode ser interpretado da mesma maneira. Contudo, novamente, isso se resume a apenas uma possibilidade, uma vez que não há documentos ou relatórios referentes aos atos de cooperação analisados, em vista de que somente o corpo do texto dos atos internacionais tem acesso disponibilizado. Os agentes da cooperação, ou também Entidades Executoras, foram um marcador destacado para se ter uma maior noção dos atores que estão envolvidos nas negociações. O marcador foi dividido entre órgãos governamentais do poder Executivo (ministérios) ou presidente e agências estatais vinculadas a ministérios, tais como Anvisa, Embrapa, Fiocruz, etc. O que se observou nos 38

atos internacionais foi um total de 32 atos nos quais as Entidades Executoras são ministérios ou presidente, enquanto os últimos seis se referem a instituições vinculadas a ministérios.

Os dados obtidos e expostos nos gráficos expõem muito mais do que a presente investigação infere sobre eles, porém, apesar disso, questões relacionadas aos tipos normativos parecem ser uma constante que define os dados obtidos em outros indicadores utilizados. Ao se considerar que, somados, as Atas, Declarações Conjuntas, Declaração de Intenções e Memorandos de Entendimento constituem um total de 16 atos e os Acordos-quadro representam um total de 12 atos internacionais, os resultados dos dados obtidos são ditados, em grande medida, por eles.

Como visto, dos 38 atos internacionais analisados, 20 deles não possuem encargos financeiros. Isso pode ser explicado pela ideia de que, segundo a Agência Brasileira de Cooperação (ABC, 2013), os Memorandos de Entendimento e Declarações Conjuntas constituem "documento de função meramente política e não pode gerar obrigações de qualquer espécie e tampouco prever o empenho de recursos" (ABC, 2013, p. 16). No caso dos Acordos-quadro, eles oferecem uma moldura para a cooperação, de modo que prevê dispêndios financeiros e outras questões que compõem o marco geral da cooperação (ABC, 2013).

Dos 38 acordos em saúde, 24 não possuem, ou somente mencionam, a avaliação das atividades. Por mais que uma parcela possua mecanismos de avaliação e monitoramento das atividades (seis e doze, respectivamente), mais uma vez se destaca a falta de transparência e de legitimidade democrática quanto à publicação de relatórios para a sociedade civil. O mesmo vale para os mecanismos de consulta política, visto que 26 atos internacionais acusam a existência de meios de comunicação entre as partes, somente 12 não possuem ou citam tais instrumentos.

A questão sobre a liberação de documentos e relatórios tem sido constantemente problematizada nesta investigação, na medida em que a cooperação sanitária Brasil-BRICS carece de mecanismos que possibilitam uma investigação mais clara do que tem sido feito na esfera bilateral da cooperação. Contudo, não se pode dizer que isso é uma surpresa. Como visto na Tabela 2, somente dois atos possuem acesso livre quanto ao consenso para divulgação de relatórios e resultados, enquanto três possuem acesso mediante concordância das partes. O resto dos atos internacionais, 33, não mencionam esse mecanismo ou classificam as informações contidas no ato como confidenciais. Portanto, a dificuldade em se obter quaisquer documentos adicionais sobre os projetos de cooperação em vigor no setor saúde acaba sendo justificada por tal marcador.

No entanto, é uma descoberta problemática, pois, segundo Pozzatti e Farias (2019),

ocorre que esse consenso, apesar de demonstrar a horizontalidade entre os Estados, que precisam conceder permissão à divulgação, pouco confere à legitimidade democrática, devido ao fato de que a publicidade não é um fator considerado desde o início, e às vezes não é levada a cabo, relegando esses documentos ao desconhecimento total pela população que paga pela sua feitura ou elege representantes que votem pela sua extinção (2019, p. 379).

A publicidade da cooperação sanitária do Brasil com os BRICS, à vista disso, parece ser deixada de lado, seja por não considerar a publicação de quaisquer informações à população, ou por não realizar divulgações periódicas ou finais dessa cooperação. Em contraste com a investigação de Pozzatti e Farias (2019), que considera apenas os atos internacionais que antevêm dispositivos de avaliação das atividades, nominalmente avaliação e monitoramento, o presente estudo considera todos os atos internacionais do acervo, independentemente da ocorrência das duas ferramentas.

Curiosamente, há também um caso em que está expresso que a produção de relatórios é para os próprios atores avaliarem o andamento da cooperação, seja por modalidade periódica ou final. Exemplo disso é o Ajuste Complementar sobre Vigilância de Medicamentos e Produtos Relacionados à Saúde ao Acordo de Cooperação Científica e Tecnológica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Popular da China, que prevê, no Artigo 5 do Ajuste, que as informações intercambiadas ou geradas no âmbito do ato são de uso exclusivo das Partes, apesar de concordarem que, se for de interesse das Partes, as informações podem ser compartilhadas livremente.

Em suma, o que se observa a partir da leitura dos atos que compõem a cooperação sanitária Brasil-BRICS é a presença de indicadores que atestam um certo grau de horizontalidade, bem como de verticalidade. Como observado, o marcador de condicionalidades apresentou unanimidade quanto à sua ausência, o que é bastante positivo, considerando que a presença disso é associada à cooperação Norte-Sul, ou vertical. Em relação aos indicadores de horizontalidade, tais como encargos financeiros e mecanismos de consulta política, há uma paridade entre os marcadores selecionados. O consenso para divulgação, no entanto, é um indicador de horizontalidade que apresentou resultados que carecem de horizontalidade. Por sua vez, os indicadores de legitimidade democrática, também classificados como meios de avaliação das atividades da cooperação – avaliação e monitoramento –, que além de apresentarem um baixo número, comparado ao total de atos analisados, não dispõem de ferramentas para verificar a presença de tais relatórios, cabendo apenas a uma mera afirmação no texto do acordo.

Novamente destacando, uma constante nessa investigação é a falta de documentos que possam embasar as descobertas dessa pesquisa, principalmente no que tange aos marcadores utilizados. Uma reflexão importante de Pozzatti e Farias (2019), a qual pode ser aplicada ao presente trabalho, é que "mesmo entre países em desenvolvimento, os motivos pelos quais os acordos são firmados, e os meios pelos quais tomam concretude, carecem de horizontalidade e legitimidade democrática" (POZZATTI; FARIAS, 2019, p. 380). Pouco se sabe sobre o que motiva essa cooperação, bem como o desenvolvimento dessa agenda, cabendo apenas aos atores da cooperação o conhecimento daquilo que é proposto e realizado. Contudo, isso abre um espaço para novas pesquisas que se propõem a analisar tais mecanismos, a partir de metodologias de pesquisa que esta investigação não se propõe a fazer.

Os dados referentes aos atos de fortalecimento institucional indicam que a África do Sul, entre os países que fazem parte do BRICS, é o único que não possui Ajustes Complementares, ou a presença desse marcador. No entanto, o país é o único que possui um projeto cadastrado no SINCOOP, de modo que faz parte de um Acordo-quadro presente no acervo analisado, bem como possui um Ajuste Complementar, que não foi identificado na investigação dos atos bilaterais. Em comparação, na plataforma não consta nenhum projeto com Rússia, Índia e China. Nesse sentido, uma discussão em aberto refere-se aos Ajustes Complementares e seus projetos. Se ainda estão em vigor, o que tem sido feito em seu âmbito? Quais ações e projetos têm sido tomados? Assim sendo, observa-se uma certa imprecisão dos dados obtidos, resultante da falta de transparência quanto ao que tem sido cooperado pelo governo brasileiro.

Não obstante, o fato de não haver tantos acordos no acervo obtido a partir do levantamento documental dos atos internacionais em vigor do setor saúde, o que se observa é a possibilidade dessa agenda se aprofundar no futuro. As Declarações Conjuntas e Memorandos de Entendimento indicam, em certa medida, que há um esforço das Partes em identificar problemas comuns em saúde, bem como áreas do setor em que esses países possam aproveitar suas vantagens comparativas para desenvolver seus sistemas de saúde e garantir o direito à saúde. Os obstáculos, contudo, podem estar associados à falta de vontade política entre os atores. Apesar disso, à medida que a pandemia da Covid-19 expôs diversas fragilidades nos sistemas de saúde desses países, além de revelar dificuldades no escoamento e produção de suprimentos médicos - tema que pode receber a atenção desses atores - construir capacidades tanto no setor saúde como em outras áreas prioritárias, que auxiliem na eficácia do setor, como a parte logística, pode ser considerado.

O que se verificou nesta investigação, sobretudo no que tange à análise da cooperação internacional em saúde Brasil-BRICS, é o que foi reforçado diversas vezes ao longo deste capítulo: a falta de documentos e relatórios impede a formulação de resultados mais claros sobre os objetivos dessa cooperação. Sabe-se que essa cooperação é dispersa, uma vez que abrange diversas áreas reguladas nos atos internacionais, e não possui uma agenda definida para o setor. Ao contrário da dimensão multilateral, que, ao menos retoricamente, possui uma direção mais clara. Os marcadores de horizontalidade e sustentabilidade acabaram por revelar resultados que diferem das descobertas de outras pesquisas. Além disso, a falta de documentos compromete a precisão das descobertas realizadas, contribuindo para um déficit democrático na cooperação. Ainda, se reconhece que há muito o que se explorar sobre os atos internacionais Brasil-BRICS, de modo que as conclusões apresentadas se mostram como um ponto de partida para novos estudos acerca dessa cooperação.

Fazendo o uso das palavras de Pozzatti e Farias (2019)

ainda é preciso conhecer mais sobre a concretude dos atos internacionais estudados, adentrando na segunda dimensão da cooperação estruturante e desmembrando os processos causais em seus contextos específicos, para compreender se a cooperação estruturante em saúde é, de fato, um modelo efetivo naquilo que se propõe. (2019, p. 380).

De qualquer forma, a análise do conteúdo dos atos internacionais firmados mostrou que essa cooperação pode se desenvolver no setor, uma vez que os atores já demonstraram interesse em diversos temas. No entanto, reconhece-se também que depende da vontade política para que essa cooperação seja desenvolvida e concretizada além do âmbito político. Ainda é incerto se esse desejo entre as partes será revisitado em outro momento, de modo que, no presente, a cooperação Brasil-BRICS não tem a saúde como prioridade na agenda bilateral, apesar das capacidades que esses países possuem e que poderiam ser aproveitadas mutuamente.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação buscou realizar um estudo empírico da cooperação Brasil-BRICS no setor de saúde, combinando métodos quantitativos e qualitativos para analisar os atos vigentes em saúde entre Brasil e os países do BRICS. Com o problema de pesquisa já estabelecido no título do trabalho, esta pesquisa buscou examinar a agenda de cooperação Brasil-BRICS para o setor de saúde, considerando as abordagens de cooperação estruturante e de complementação econômica/emergencial. A investigação foi conduzida com base no método de procedimento comparativo-histórico, em resposta às duas perguntas que orientam a pesquisa: a formalização do grupo BRICS impulsiona a cooperação sanitária com os países envolvidos, transcendendo a agenda comercialista para a qual ele foi criado? A cooperação sanitária Brasil-BRICS busca apenas uma complementação econômica ou investe na estruturação dos sistemas de saúde? Para responder a essas perguntas, o desenho de pesquisa foi estruturado em três pontos: (1) revisão da literatura; (2) investigação quantitativa dos acordos em vigor entre Brasil e os países do BRICS; e (3) investigação qualitativa dos acordos em vigor no setor de saúde entre Brasil e os países do BRICS.

O primeiro capítulo da investigação propôs a realização de uma revisão bibliográfica da literatura acadêmica relacionada à formação do agrupamento BRICS, às modalidades de cooperação internacional em saúde horizontal e vertical, bem como a estudos que tratam da cooperação em saúde estruturante. No que diz respeito aos BRICS, descobriu-se que, embora a cooperação entre esses países tenha se iniciado com objetivos comerciais e financeiros, ela se expandiu para outras áreas no âmbito multilateral. Dentre essas áreas, a saúde se mostrou como uma área com grande potencial para esses países, considerando suas vantagens comparativas no setor e a possibilidade de fortalecimento de suas instituições de saúde para garantir o direito humano à saúde. No que se refere à cooperação sanitária, buscou-se conceituar as abordagens emergencial e estruturante, além de apresentar pesquisas que as analisam, a fim de se obter um melhor entendimento de como o Brasil aborda essa questão. Nesse sentido, constatou-se que as abordagens de cooperação emergencial e estruturante podem coexistir na mesma agenda de cooperação em saúde entre o Brasil e seus parceiros, sendo empregadas de forma complementar.

O segundo capítulo se dedicou a destacar a metodologia do trabalho e realizar a análise qualitativa dos acordos internacionais em vigor entre Brasil e os países do BRICS, com foco nos acordos na área da saúde. A coleta de dados foi realizada por meio do portal Concórdia, do Ministério das Relações Exteriores, revelando a existência de 250 acordos internacionais em

vigor de natureza geral e 38 acordos internacionais em vigor na área da saúde. Os acordos foram quantificados com base em indicadores que permitiram apresentar os dados em forma de gráficos e tabelas, destacando aspectos relacionados às suas áreas temáticas, tipos normativos, matérias reguladas (na área da saúde), datas de assinatura, entrada em vigor internacional, aprovação no congresso, ratificação e promulgação. As descobertas revelaram que o setor de saúde é a área temática com o maior número de acordos internacionais firmados entre as partes, porém, a análise das matérias reguladas nos conteúdos dos acordos indicou uma grande concentração de matérias reguladas de natureza "geral", o que não fornece muitas informações sobre as áreas específicas da saúde que estão sendo objeto de cooperação.

O conjunto de acordos analisados revelou uma grande discrepância entre os acordos firmados pela China e pela Rússia em comparação com os acordos firmados pela África do Sul e pela Índia, tanto em relação a assuntos gerais quanto na área da saúde. Além disso, durante esta etapa da pesquisa, descobriu-se que as capacidades desses países no setor farmacêutico não estão sendo exploradas, apesar de a investigação ter mostrado que China, Índia e Rússia possuem setores farmacêuticos altamente desenvolvidos. Nesse ponto, dos 38 acordos internacionais em saúde entre Brasil e os países do BRICS, apenas um menciona explicitamente o setor farmacêutico, sendo esse acordo firmado com a Rússia. Considerando que a pandemia da COVID-19 evidenciou diversas fragilidades do Brasil, tanto em termos logísticos quanto na produção de insumos médicos, o fortalecimento da cooperação em saúde entre esses países pode ser benéfico para a estruturação do sistema de saúde brasileiro, possibilitando respostas mais eficazes a futuras pandemias e estimulando o desenvolvimento das capacidades internas do país para enfrentar desafios futuros em longo prazo.

O terceiro capítulo teve como objetivo realizar a investigação qualitativa dos acordos internacionais em vigor na área da saúde entre Brasil e os países do BRICS. O conteúdo dos 38 acordos internacionais foi explorado para identificar elementos que pudessem caracterizar a agenda de saúde Brasil-BRICS. Foram utilizados marcadores para identificar elementos relacionados ao fortalecimento institucional, horizontalidade e sustentabilidade da cooperação. Entre as descobertas, verificou-se que apenas oito acordos mencionavam explicitamente o fortalecimento institucional como uma área de cooperação. Outros nove acordos mencionavam o fortalecimento institucional como uma possibilidade na estrutura de cooperação, mas não eram considerados no mesmo grupo dos oito acordos mencionados anteriormente.

Um aspecto central do trabalho foi analisar e comparar os resultados de estudos sobre a cooperação Sul-Sul em saúde com parceiros tradicionais do Brasil com as descobertas da cooperação Brasil-BRICS. Observou-se que a cooperação sanitária Brasil-BRICS se diferencia

das cooperações que serviram de referência para o estudo, tanto em termos quantitativos quanto qualitativos. Até o momento, a cooperação sanitária Brasil-BRICS é incipiente, caracterizada por uma variedade de matérias reguladas no setor, mas com uma falta de atos que estipulem ações concretas para o setor. A cooperação está centrada principalmente em declarações políticas e atos que estabelecem um quadro geral para a cooperação, mas não apresentam medidas específicas.

A falta de relatórios sobre os poucos projetos de cooperação observados foi outra limitação da pesquisa, o que impediu a formulação de dados mais precisos, correspondentes aos dados obtidos na análise qualitativa. Quanto à cooperação Brasil-BRICS em saúde, pouco se sabe sobre o que acontece além dos atos internacionais encontrados no portal Concórdia, o que pode sugerir que a dimensão bilateral não é a prioridade desses países. Por sua vez, a dimensão multilateral da cooperação Brasil-BRICS possui encontros anuais dos Ministros de Saúde e às margens da Assembleia Mundial da Saúde, o que pode apontar para uma agenda mais estruturada para o setor.

Ademais, em resposta à primeira pergunta de pesquisa, esta investigação constatou que não houve catalisação da cooperação em saúde entre o Brasil e os BRICS após sua formalização. Na verdade, as descobertas da pesquisa revelaram um decréscimo na tendência de acordos internacionais em saúde firmados entre o Brasil e os BRICS após o primeiro mandato de Dilma Rousseff. Isso está em acordo com a ideia de Perez (2018) sobre a política externa brasileira em saúde tornar-se escassa a partir do segundo governo Lula, mantendo-se por inércia institucional durante o governo Dilma. Não foi possível constatar que houve uma mudança para além da agenda comercialista. Ao contrário, se analisarmos os acordos que possuem fortalecimento institucional, somente um foi firmado após a formalização dos BRICS.

Quanto à segunda pergunta de pesquisa, que questiona se a cooperação sanitária Brasil-BRICS opera uma complementação econômica ou investe na estruturação dos sistemas de saúde, pode-se afirmar que a agenda de cooperação em saúde Brasil-BRICS é mista, ou seja, combina elementos de CES e de cooperação emergencial. A partir da investigação qualitativa dos marcadores, notou-se que em certos pontos a cooperação Brasil-BRICS para o setor possui elementos que remontam a uma cooperação horizontalizada, embora em outros careça de sustentabilidade, sobretudo na produção de relatórios das atividades, o que dificulta a democratização da cooperação internacional e o acesso da sociedade civil em compreender como ela pode ser um instrumento para garantir o acesso ao direito humano à saúde.

Contudo, há espaço para que essa cooperação em saúde se desenvolva, visto que a análise documental apontou para diversos acordos que destacam várias matérias em saúde que

são de interesse comum aos atores. Além disso, este trabalho não se propôs em analisar o impacto desses dispositivos jurídicos no âmbito doméstico, o que também reflete nas fontes analisadas e nos resultados encontrados ao longo da pesquisa. O que talvez careça, no entanto, seja a vontade política dos tomadores de decisão para estabelecer uma agenda para o setor que transpasse o discurso político. As possibilidades da presente investigação se restringiram ao levantamento documental com base no acervo disponível na plataforma Concórdia, do MRE, de modo que outras pesquisas sobre o mesmo tema podem se valer de outras plataformas que possuam bancos de dados sobre os projetos de cooperação - ABC, Fiocruz, Ministério da Saúde -, inclusive se valendo de outras metodologias para avaliar a agenda de cooperação em saúde Brasil-BRICS, como entrevistas semiestruturadas com agentes que participaram disso. Dessa forma, essas possibilidades podem ser vias importantes para correlacionar as informações obtidas, enriquecendo o que se sabe, até então, dessa agenda de cooperação.

REFERÊNCIAS

ABC – Agência Brasileira de Cooperação. **Cooperação Triangular**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://www.abc.gov.br/projetos/cooperacaosulsul/cooperacaotriangular>. Acesso em: 24 jan. 2023.

ABC – Agência Brasileira de Cooperação. **O Brasil e a Cooperação Técnica Internacional**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://www.abc.gov.br/CooperacaoTecnica/OBrasileaCooperacao>. Acesso em: 24 jan. 2023.

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

AGOSTINIS, Giovanni. Regional Intergovernmental Organizations as Catalysts for Transnational Policy Diffusion: The Case of UNASUR Health. **Journal of Common Market Studies**, v. 57, n. 5, p. 1111–1129, 2019.

ALMEIDA, Célia; CAMPOS, Rodrigo P. de; BUSS, Paulo; FERREIRA, José Roberto; FONSECA, Luiz Eduardo. A concepção brasileira de cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. **RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v.4, p.25-35, mar., 2010. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/download/696/1341>.

AMORIM, Celso. Os Brics e a reorganização do mundo. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 08 jun. 2008. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz0806200807.htm>. Acesso em: 29 nov. 2022.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Acordo entre o Brasil e a Rússia para a Isenção de Vistos de Curta Duração para Nacionais da República Federativa do Brasil e da Federação da Rússia. Rio de Janeiro, RJ: Ministério das Relações Exteriores, 26 nov. 2008. Disponível em: <https://concordia.itamaraty.gov.br/detalhamento-acordo/6283?TituloAcordo=Acordo%20entre%20o%20Brasil%20e%20a%20Rússia%20para%20a%20Isenção%20de%20Vistos%20de%20Curta%20Duração%20para%20Nacionais%20da%20República%20Federativa%20do%20Brasil%20e%20da%20Federação%20da%20Rússia&tipoPesquisa=1&TipoAcordo=BL,TL,ML>

BRASIL et al. **XI BRICS Health Ministers' Meeting Declaration**: India. Republic of India, 2021. Disponível em: <http://www.brics.utoronto.ca/docs/210728-health.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2023.

BRASIL et al. **BRICS Health Ministers' Meeting**: Beijing Declaration. Beijing, 2011. Disponível em: <http://www.brics.utoronto.ca/docs/110711-health.html>. Acesso em: 24 jan. 2023.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. **Declaração de Pequim da XIV Cúpula do BRICS**. Brasília, DF, 24 jun. 2022. Disponível em: https://www.gov.br/mre/pt-br/canais_atendimento/imprensa/notas-a-imprensa/declaracao-de-pequim-da-xiv-cupula-do-brics. Acesso em: 24 jan. 2023.

BRICS POLICY CENTER. **Caminhos da Cooperação entre Brasil e Índia no Regime da Propriedade Intelectual**: novas possibilidades no âmbito dos BRICS? Núcleo de Desenvolvimento, Comércio, Finanças e Investimentos, abril 2014.

BUSS, Paulo M.; FERREIRA, José Roberto. Diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul: as experiências da Unasul saúde e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 106-118, mar., 2010.

BUSS, Paulo M.; FERREIRA, José Roberto; HOIRISCH, Cláudia. Health and development in BRICS countries. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 2, 2014, p. 390-403. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/JtSrFZDCd8s6Y7Qf7gQWdwx/?format=pdf&lang=en>.

BUSS, Paulo M. Cooperação internacional em saúde do Brasil na era do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1881-1889, 2018.

COOPER, Andrew. **The BRICS: A Very Short Introduction**. Oxford University Press, 2016.

COSTA FILHO, Edmilson de Jesus. **A dinâmica da cooperação espacial sul-sul: O caso do Programa CBERS (China-Brazil Earth Resources Satellite)**. 2006. Tese (Doutorado em Política Científica e Tecnológica) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2006.

CPLP. Histórico - Como Surgiu? 2019. Disponível em: <https://www.cplp.org/id-2752.aspx>. Acesso em: 10 nov. 2022.

CPLP. **I Reunião de Ministros da Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa**. Declaração de Praia. Praia, Cabo Verde, 12 abr. 2008. Disponível em: <https://www.cplp.org/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=%2FFiles%2FFiler%2Fcplp%2Fredes%2Fcultura%2FDECLARACAODOESTORIL.pdf> Acesso em 10 nov. 2022.

DANESE, Sérgio. **Diplomacia presidencial**: história e crítica. FUNAG, 2. ed. rev. Brasília, 2017.

DE SÁ, Rafaella Mello Rodrigues; BORGES, Leandro Bernardes; Mecanismos de Cooperação das Cidades-BRICS e seus Desafios Urbanos. **Revistas de Estudos Internacionais**, vol. 12(2), p. 173-193, 2021. Disponível em: <https://revista.uepb.edu.br/REI/article/view/1403>.

DESIDERÁ NETO, Walter Antonio. O Brasil, a América do Sul e a cooperação Sul-Sul. *In*: RAMANZINI JÚNIOR, Haroldo; AYERBE, Luís Fernando. **Política Externa Brasileira, Cooperação Sul-Sul e Negociações Internacionais**. Cultura Acadêmica, São Paulo, 2015. p. 213-252.

DUGGAN, Niall. BRICS and the Evolution of a New Agenda Within Global Governance. *In*: REWIZORSKI, Marek. **The European Union and the BRICS: Complex Relations in the Era of Global Governance**. Springer Cham, Switzerland, p. 11-25, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-19099-0>.

ESTEVEES, Paulo; GOMES, Geovana Zoccal; FONSECA, João Moura. A rede de políticas de saúde pública e a cooperação Sul-Sul: os casos de Moçambique e Angola. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 99, São Paulo, p. 199-230, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ln/a/YHzS7GRKtJ5BNGnp6xMPB5b/?format=pdf&lang=pt>.

ESTEVEES, Paulo; ABREU, Aline; FONSECA, João; NIT, Amir; ASSUNÇÃO, Manaíra; URIAS, Filipe. A Cooperação para o Desenvolvimento, os BRICS e a Política Externa Brasileira. In: **Economia, parlamentos, desenvolvimento e migrações**: as novas dinâmicas bilaterais entre Brasil e Europa. Fundação Konrad Adenauer, Rio de Janeiro, ago. 2012.

FERREIRA, José Roberto; FONSECA, Luiz Eduardo. Cooperação estruturante, a experiência da Fiocruz. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2129-2133, jul. 2017.

FERREIRA, S. S.; MIGON, E. X. F. G. Cooperação Técnica em Segurança & Defesa: presença do Brasil na África. **Revista Brasileira de Estudos Africanos**, Porto Alegre, RS (Brasil), v. 1, n. 2, p. 94-111, jul./dez. 2016.

FONSECA, Luiz Eduardo; BUSS, Paulo M. Diplomacia e cooperação em saúde: uma experiência da Fiocruz. In: ALMINO, João; LIMA, Sérgio E. M. (Orgs.). **30 anos da ABC**: visões da cooperação técnica internacional brasileira. Brasília: FUNAG, 2017. p. 223-254.

FUJIKAWA, Eduardo S. A concertação política e a cooperação em saúde no BRICS. In: **Saúde e Política Externa**: os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018). Ministério da Saúde, 2018.

HOIRISCH, C. Brics na Covid-19 multilateralismo, capacidade tecnológica e colaboração em PD&I. In: BUSS, P.M., and FONSECA, L.E. eds. **Diplomacia da saúde e Covid-19**: reflexões a meio caminho [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19 Fiocruz; Editora FIOCRUZ, 2020, pp. 213- 230.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MACHADO, Raquel; ALCÂNTARA, Tatiane L. R. de. Cooperação humanitária em saúde. In: **Saúde e Política Externa**: os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018). Ministério da Saúde, 2018.

MARTINI, S. R.; WÜNSCH, M. S. COOPERAÇÃO INTERNACIONAL E EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE: UMA ANÁLISE A PARTIR DA AGENDA DO BRICS. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 18, n. 2, p. 39-61, 2017.

MILANI, Carlos R. S. A evolução histórica da cooperação norte-sul. In: SOUZA, André de Mello e. (Org.). **Repensando a cooperação internacional para o desenvolvimento**. Brasília: Ipea, 2014. p. 33-56.

MILANI, C. R. S.; CARVALHO, T. C. O. Cooperação Sul-Sul e Política Externa: Brasil e China no continente africano. **Estudos Internacionais**: revista de relações internacionais da PUC Minas, v. 1, n. 1, 29 abr. 2013.

MILANI, C. R. S.; LOPES, R. N. Cooperação Sul-Sul e Policy Transfer em Saúde Pública: análise das relações entre Brasil e Moçambique entre 2003 e 2012. **Carta Internacional**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 59–78, 2014. Disponível em: <https://www.cartainternacional.abri.org.br/Carta/article/view/121>. Acesso em: 24 jan. 2023.

NEW DEVELOPMENT BANK (NDB). New Development Bank Covid-19 Response Programme. **NDB**, 2020. Disponível em: <https://www.ndb.int/covid-19-response-programme/>

O'NEILL, Jim. Building better economic BRICs. **Goldman Sachs Global Economics Paper**, nº 66, p. 1-16, Nova York, 2001. Disponível em: <https://www.goldmansachs.com/insights/archive/archive-pdfs/build-better-brics.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2022.

PADULA, R.; FONSECA, F. de C. B. da. BRICS: potencialidades de cooperação e papel na governança global de saúde no contexto da pandemia. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 44, n. special 4 Dec, p. 40–61, 2022. Disponível em: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/4651>. Acesso em: 26 maio. 2023.

PENNA FILHO, Pio. **A Parceria Africana: as relações Brasil-África do Sul**. Belo Horizonte: Fino Traço, 2013.

PEREZ, Fernanda Aguillar. **A Brazilian Health Foreign Policy? The role of health in Brazilian Foreign Affairs**. Tese de Doutorado em Relações Internacionais, Universidade de São Paulo/King's College London, Brasil/Reino Unido, 2018.

POZZATTI, Ademar; FARIAS, Luiza W. O Brasil e a Cooperação Sul-Americana em saúde: dos regimes temáticos às possibilidades de efetivação estruturante. **Revista de Direito Internacional**, v. 16, n. 2, 2019.

POZZATTI, Ademar; FARIAS, Luiza W. Da cooperação humanitária à estruturante: o papel do Brasil na construção de capacidades para resistir à epidemia do HIV a partir da Rede Laços Sul-Sul. **Boletim de Economia e Política Internacional**, Brasília, n. 26, p. 7-16, 2020.

POZZATTI, Ademar; FARIAS, Luiza W. Estudo comparativo das trajetórias de cooperação bilateral estruturante em saúde entre o Brasil e os membros da CPLP e da Unasul: lições dos acordos internacionais. **Revista Conjuntura Austral**, vol. 13, n. 63, 2022a.

POZZATTI, Ademar; FARIAS, Luiza W. From emergency to structure: ways to fight Covid-19 via international cooperation in health from Brazil. **Revista Brasileira de Política Internacional**, 65 (1), 2022b.

POZZATTI, Ademar; ROGOVSCHI, Henrique. Potencialidades e limites das tipologias da cooperação internacional: reflexão sobre o papel dos interesses dos atores. **Estudos em Relações Internacionais**, vol. 06, p. 29-56, 2018.

POZZATTI, Ademar; ROGOVSCHI, Henrique. Geografia e arquitetura institucional da cooperação ambiental brasileira na América do Sul. **Revista Carta Internacional**, vol. 16, n. 1, 2021, p. 1-27.

POZZATTI, Ademar, TRINDADE, Igor P. O Direito Internacional entre a saúde e o comércio: estudo de caso do acesso ao medicamento Truvada como profilaxia anti-HIV/AIDS no Brasil. **Revista InterAção**, 10(1), 2019, p. 26–50. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/interacao/article/view/37550/POZZATTI%20JR>.

RIGGIROZZI, Pía. Reconstructing regionalism: what does development have to do with it? In: **The Rise of Post-Hegemonic Regionalism**. Springer, Dordrecht, 2012. p. 17-39.

RIGGIROZZI, Pía; GRUGEL, Jean. Regional governance and legitimacy in South America: the meaning of UNASUR. **International Affairs**. 91:4, 2015.

RIGGIROZZI, Pia; TUSSIE, Diana. The rise of post-hegemonic regionalism in Latin America. In: RIGGIROZZI, Pia; TUSSIE, Diana. **The rise of post-hegemonic regionalism: the case of Latin America**, Dordrecht: Springer, p. 1-16, 2012.

ROSENBERG, Félix J.; PINHEIRO, Geandro F.; SILVA, Augusto Paulo José da; NORONHA, Ana Beatriz de; RUELA, Helifrançis C.; PEREIRA, Ingrid D. Cooperação estruturante em saúde e o papel das redes na CPLP. **An Inst Hig Med Trop**, v. 15, n. 1; p. 19-26, 2016.

SHAFFER, Gregory; GINSBURG, Tom. A Reviravolta Empírica na Doutrina do Direito Internacional. **Revista de Estudos Empíricos em Direito**, vol. 2, n. 2, jan. 2015, p. 192-235. Disponível em: <https://reedrevista.org/reed/article/view/80/72>. Acesso em: 03/03/2023.

SLAUGHTER, Anne-Marie; BURKE-WHITE, William. The Future of International Law is Domestic (or, The European Way of Law). **Harvard International Law Journal**, Cambridge, v. 47, n. 2, jun. 2006.

STUENKEL, Oliver. The Financial Crisis, Contested Legitimacy, and the Genesis of Intra-BRICS Cooperation. **Global Governance**, vol. 19, n. 4, p. 611-630, 2013. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/community-list/handle/10438/23352>. Acesso em: 10/05/2022.

STUENKEL, Oliver. **BRICS e o futuro da ordem global**. Editora Paz e Terra, 1ª ed., São Paulo, 2017.

TOMAZINI, Rosana. Cooperação Internacional para o Desenvolvimento e Cooperação Sul-Sul: uma análise comparativa de seus princípios e desafios de gestão. **Rev. Carta Inter.**, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, 2017, p. 28-48.

TORRONTÉGUY, Marco Aurélio Antas. **O direito humano à saúde no direito internacional**: efetivação por meio da cooperação sanitária. Tese de Doutorado em Direito, Universidade de São Paulo, Brasil, 2010.

VIGEVANI, Tullo; CEPALUNI, Gabriel. A Política Externa de Lula da Silva: a Estratégia da Autonomia pela Diversificação. **Contexto Internacional**, v. 29, n. 2, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cint/a/sWn5MtCXtMZdZdSm3CtzZmC/>.

WILSON, Dominic; PURUSHOTHAMAN, Roopa. Dreaming with BRICs: the path to 2050. **Goldman Sachs Global Economics Paper**, n. 99, p.1-24, Nova York, 2003. Disponível em:

<https://www.goldmansachs.com/insights/archive/archive-pdfs/brics-dream.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2022.

WÜNSCH, Marina Sanches. **O Direito à Saúde como ‘Ponte’ para a Efetivação de Direitos Humanos na Agenda de Cooperação do BRICS**. 2013. Dissertação (Mestrado em Direito) – Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS –, São Leopoldo, RS, 2013. Disponível em: