

**SAMIRA SANTANA DE ALMEIDA**

**APORTES CRÍTICOS PARA A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE:  
UMA PERSPECTIVA BIOÉTICA**

**BRASÍLIA, 2015**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

**SAMIRA SANTANA DE ALMEIDA**

**APORTES CRÍTICOS PARA A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE:  
UMA PERSPECTIVA BIOÉTICA**

**BRASÍLIA, 2015**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

**SAMIRA SANTANA DE ALMEIDA**

**APORTES CRÍTICOS PARA A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE:  
UMA PERSPECTIVA BIOÉTICA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

**Orientador:** Prof. Dr. Cláudio Lorenzo

**BRASÍLIA  
2015**

SAMIRA SANTANA DE ALMEIDA

**APORTES CRÍTICOS PARA A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE:  
UMA PERSPECTIVA BIOÉTICA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

---

Cláudio Lorenzo – Presidente  
Universidade de Brasília

---

Dais Rocha  
Universidade de Brasília

---

Roberto Passos Nogueira  
Intituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA

---

Natan Monsores de Sá  
Universidade de Brasília

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu amado companheiro da lida diária, que proporcionou a execução e a finalização desta pesquisa, Antônio Fernando, minha gratidão hoje e sempre.

Ao nosso bendito filho, Ariel Ravi, pelas alegrias e aprendizados que haverão de serem meus combustíveis para a realização de tudo que almejo nessa vida.

À minha progenitora, Míriam Paranaguá, que esteve sempre pronta para me atender, com bons conselhos e braços abertos.

Ao meu orientador, Cláudio Lorenzo, que teve a sabedoria de me orientar, respeitando minha singularidade.

Aos amigos e demais familiares que contribuíram com companheirismo e motivação para a realização desta obra.

## RESUMO

A Cooperação Internacional é uma forma dos atores internacionais se relacionarem para coordenar esforços em busca de objetivos supostamente comuns. Ela pode assumir diversas formas, tais como alianças temporárias sobre temas específicos, coalizões mais ou menos duradouras, processos de integração regional e outros. A comunidade internacional se situa numa querela entre a manutenção das condições estruturais que perpetuam as disparidades globais e também frente às condições de transformação desse quadro. O modelo Norte-Sul de cooperação internacional em saúde tinha caráter explicitamente assistencial e consistia na transferência de conhecimentos e tecnologias dos países avançados àqueles menos desenvolvidos, por meio da qual era reafirmada a condição de subalternidade desses últimos. Entretanto, com o avanço das disparidades entre países ricos e pobres, foi ficando cada vez mais claro que este modelo não seria capaz de responder às necessidades dos países em desenvolvimento, uma vez que persistia e evoluía ligado primordialmente à expansão dos mercados para as indústrias farmacêuticas, de equipamentos e insumos e aos interesses financeiros e políticos dos países centrais. A geopolítica mundial, ao longo do século XX, foi reconfigurada, proporcionando o surgimento das relações entre países do sul, de aspecto horizontal, como contraponto às condições de desigualdade e dependência presentes entre os países do norte em relação aos do sul. O Brasil tem desempenhado um papel de protagonista na Cooperação Sul-Sul em saúde. A cooperação internacional tem implicações éticas que têm sido pouco discutidas, principalmente quando se acredita que a produção científica é neutra. A Bioética Crítica é um modelo que constrói o seu componente analítico a partir de elementos teóricos conceituais da Teoria Crítica e dos estudos sociológicos da colonialidade e estará em diálogo com produção foucaultiana sobre biopoder e biopolítica. É feita a aplicação do referencial teórico desenvolvido para analisar criticamente como alguns dos documentos norteadores da cooperação sul-sul definem as relações entre os Estados, bem como estão compreendidos os interesses do mercado ligado a bens e serviços de saúde e em que bases estão estabelecidas as relações interculturais em torno do poder e do saber. A análise dos documentos serviu para criticar algumas diretrizes de ação. É detectada uma falta de orientação relacionada aos conflitos de interesse que podem envolver empresas e instituições privadas em sua participação nos acordos de cooperação internacional em saúde. Há, também, um silêncio em torno da diversidade cultural e de como os saberes tradicionais necessitam ser articulados nas práticas de cooperação em saúde.

Palavras-chave: Cooperação Internacional em Saúde; Cooperação Sul-Sul; Biopoder; Bioéticas latino-americanas; Bioética Crítica; Colonialidade; Interculturalidade.

## ABSTRACT

International Cooperation is a form of international actors relate to coordinate efforts in search of supposedly common goals. It can take many forms, such as temporary alliances on specific topics, more or less lasting coalitions, regional integration processes and others. The international community is located in a quarrel between maintaining the structural conditions that perpetuate global disparities and also face the conditions of transformation of that framework. The North-South model of international cooperation in health had explicitly assistance character and consisted in transferring knowledge and technology from advanced countries to those less developed, through which was reaffirmed the condition of subordination of the latter. However, with the advance of the disparities between rich and poor countries, it became increasingly clear that this model would not be able to meet the needs of developing countries, since it persisted and evolved linked primarily to the expansion of the markets to pharmaceutical industries, equipment and supplies and financial and political interests of the central countries. Throughout the twentieth century the world geopolitics was reconfigured, providing the emergence of relations between southern countries, with horizontal aspect, as opposed to the conditions of inequality and dependence present between the northern countries in relation with the southern. Brazil has played a leading role in the South-South Cooperation in health. International cooperation has ethical implications that have been little discussed, especially when it is believed that the scientific production is neutral. Bioethics Criticism is a model that builds its analytical component from conceptual theoretical elements of Critical Theory and sociological studies of coloniality and will be in dialogue with Foucault's production of biopower and biopolitics. It's made the application of the theoretical referential developed to critically analyze how some of the guiding documents of the south-south cooperation define the relationships between the States, as well as how the market interests linked to health goods and services are comprehended and on what bases are established the intercultural relations around power and knowledge. The documents' analysis was used to criticize some action guidelines. It is detected a lack of guidance relating to conflicts of interest that may involve private companies and institutions into their participation in international health cooperation agreements. There is also a silence around the cultural diversity and how traditional knowledge needs to be articulated in health cooperation practices.

Keywords: International Cooperation in Health; South-South Cooperation; Biopower; Latin-American Bioethics; Critical Bioethics; Coloniality; Interculturalism.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC – Agência Brasileira de Cooperação  
BVS – Biblioteca Virtual em Saúde  
CAN – Comunidade Andina de Nações  
CFM – Conselho Federal de Medicina  
CPLP – Comunidade de Países de Língua Portuguesa  
CRIS – Centro de Relações Internacionais  
CTPD – Conferência sobre Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento  
DUBDH – Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz  
FMI – Fundo Monetário Internacional  
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada  
MERCOSUL – Mercado Comum do Sul  
NETHIS – Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde  
OCDE – Organização Econômica para a Cooperação e Desenvolvimento  
OCTA – Organização do Tratado de Cooperação Amazônica  
ODECA – Organização dos Estados Centro-Americanos  
ODM – Objetivos do Desenvolvimento do Milênio  
OMC – Organização Mundial do Comércio  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde  
PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa  
PECS – Plano Estratégico de Cooperação Sul-Sul  
PPS/CAP – Plano de Necessidades Prioritárias de Saúde na América Central e Panamá  
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento  
SICA – Sistema de Integração Centro-Americana  
UNASUL – União das Nações Sul-Americanas  
UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura  
UNCTAD – Conferência das Nações Unidas para o Comércio e o Desenvolvimento

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	01
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	06
2.1 Cooperação Internacional Para o Desenvolvimento: conceito e história....	06
2.2 A Cooperação em Saúde: do Modelo Norte-Sul para o Sul-Sul .....	14
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
3.1 Os conceitos de Biopoder e de Biopolítica em Foucault: uma genealogia da medicina moderna.....	23
3.2 O lugar da Bioética em interface com o exercício do Biopoder.....	30
3.3 Bioéticas latino-americanas: no contra-fluxo do discurso hegemônico.....	34
3.4 A Bioética Crítica: uma nova abordagem.....	36
3.5 A Interculturalidade e os desafios da Cooperação Internacional em Saúde.....	40
4. DISCUSSÃO.....	47
4.1 Análise Crítica dos Documentos Norteadores da Cooperação Internacional em Saúde.....	47
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
7. ANEXOS.....	69

## 1. INTRODUÇÃO

O mundo se encontra em um contexto em que as fronteiras estão cada vez mais tênues. Quais seriam as pontes necessárias dentro desse mundo globalizado? Afinal de contas, a multiplicidade é uma característica inerente da vida, que se diversifica e se unifica num processo contínuo de evolução. Em nome do desenvolvimento científico e tecnológico, o Planeta vem diminuindo a distância política e moral de suas localidades, aproximando os saberes e práticas de uma maneira nem sempre harmônica.

O estado mundial de interdependência possibilita o desencadeamento de um processo de cooperação internacional fundado na noção de soberania compartilhada, por meio do qual se intenta resolver problemas de caráter transnacional. No entanto, o Estado tem suas limitações quando se trata de demandas subnacionais, que geram a diminuição da concentração do poder. O papel do Estado transforma-se: ele se torna um instrumento de adaptação das políticas domésticas à realidade internacional (1).

A comunidade internacional se situa numa querela entre a manutenção das condições estruturais que perpetuam as disparidades globais e também frente às condições de transformação desse quadro (2). A geopolítica mundial, ao longo do século XX, foi reconfigurada, proporcionando o surgimento das relações entre países do sul, de aspecto horizontal, como contraponto às condições de desigualdade e dependência presentes nas relações entre países do norte e do sul (3). É um momento diferenciado, onde este Estado relativamente novo se mostra enquanto provedor de ajuda, dentro de uma filosofia que também se propõe nova, que é a cooperação sul-sul.

O Brasil vem se destacando enquanto país que provê auxílio a outros países, sob o marco da cooperação sul-sul, empreitada esta que vem alargando suas fronteiras e campos de ação, por meio de parcerias com países amigos e organismos internacionais há cerca de seis décadas. Os programas e projetos de cooperação técnica visam gerar benefícios em importantes setores como

desenvolvimento social, gestão pública, meio ambiente, energia, agricultura, educação e saúde (4).

O discurso oficial do Governo brasileiro é o de que a cooperação técnica prestada pelo Brasil a outros países visa contribuir para o adensamento das relações do Brasil com os países em desenvolvimento para a ampliação dos seus intercâmbios, para a geração, disseminação e utilização de conhecimentos técnicos, para a capacitação de seus recursos humanos e para o fortalecimento de suas instituições, por meio do compartilhamento de políticas públicas bem sucedidas (4).

A cooperação com países menos desenvolvidos pode guardar uma relação com objetivos não necessariamente ligados aos ideais de solidariedade entre países periféricos, mas antes à abertura de mercados para produtos, serviços e investimentos brasileiros, à preservação dos interesses nacionais em países onde estejam ameaçados, e à busca de prestígio e de apoio para que o Brasil venha eventualmente ocupar um assento permanente no Conselho de Segurança da ONU (5).

A grande armadilha é a de que o Brasil esteja ocupando um papel já conhecido, de transferidor de conhecimento e práticas, de modo que aqueles países que são “auxiliados” não tenham tanto espaço para mostrar também suas vozes, suas tradições, ou seja, seus modos de lidar com as situações que são tidas como passíveis de intervenção. A partir do momento em que temos disparidades econômicas e sociais entre países, as relações entre eles podem estar sob a égide de uma relação tácita de poder, de dominação, sobretudo quando o conceito de *transferência* de conhecimento é bem presente nos projetos brasileiros de cooperação sul-sul.

Esse problema se torna ainda mais delicado, quando a finalidade da cooperação se dirige ao campo da saúde, pelas evidentes questões éticas que desperta, já que hoje em dia nos deparamos com a discrepância nítida entre o desenvolvimento científico e a melhoria na qualidade de vida das pessoas.

A qualidade nos serviços de saúde é um pré-requisito ao desenvolvimento social de um país. Se falarmos de desenvolvimento em saúde global, com o devido arcabouço ético: o desenvolvimento tem de ser compartilhado, mútuo, assim como a saúde. As preocupações atuais em termos de saúde global se referem

principalmente à poluição, mudanças climáticas globais, ampliação dos processos comerciais de produtos e serviços de saúde, migração de profissionais de saúde, padrões nutricionais e alimentares não saudáveis e outros (6).

Essas questões estão intimamente ligadas com o caráter globalizado do mundo contemporâneo, onde as repercussões das ações humanas estão para além das fronteiras nacionais. Para tanto, a glorificação atual das conquistas tecnológicas pode levar ao incremento da passividade das pessoas se não lhes for possível compreender seu sentido (7). O mundo é formado por “aldeias”, das quais sua soma resulta em uma aldeia global, que é tensionada por dois polos: solidariedade internacional e os interesses individuais/ nacionais.

O desenvolvimento tecnológico apartado das diretrizes éticas são empecilhos ao avanço substancial das políticas públicas de bem estar social que pretendem melhorar o acesso a tecnologias. Tais políticas partem de convergências de interesses entre dois ou mais elementos envolvidos na relação, seja ela de diplomacia, de solidariedade, de acordos comerciais e outros.

Hoje, o cenário da humanidade se encontra numa situação em que globalização passou a ser sinônimo de homogeneização, onde uns ditam as regras, os valores, as tendências e os meios de produção, enquanto outros seguem, ou são obrigados a seguir indiretamente esses ditames. Embora não ocorra a colonização econômica entre países, a colonização simbólica ainda persiste. Leff (8) fala que a crise ambiental foi o grande desmancha-prazeres na comemoração do triunfo do desenvolvimentismo, expressando uma das falhas mais profundas do modelo civilizatório da modernidade.

A economia, a ciência da produção e distribuição, são marcos de um modelo fragmentário de desenvolvimento, que privilegia poucos e prejudica muitos. A queda do socialismo real converteu-se em um argumento triunfalista para a racionalidade econômica unipolar, contribuindo para a expansão e globalização do mercado, sem os devidos contrapesos éticos (8).

Após os anos 90, a bioética passou a incorporar os conflitos éticos das ciências da vida e da saúde em escala cada vez mais global. Ao analisarmos o contexto em torno da cooperação internacional em saúde vemos que há uma dimensão bioética do problema que vem sendo, de certa forma, negligenciada tanto pelos fóruns de discussão, quanto pela literatura especializada. Beckert (9)

demonstra como o conceito contemporâneo de bioética é ambivalente, pois incentiva a liberdade criadora na área da tecnociência para o bem estar individual e coletivo e, ao mesmo tempo, apela à responsabilidade pelo presente e pelo futuro da sociedade, atribuindo à bioética um caráter também de projeto político.

O objetivo dessa dissertação é pensar a cooperação em saúde em suas dimensões bioéticas e biopolíticas, para analisar criticamente três documentos normativos fundamentais para a cooperação sul-sul.

Em um primeiro momento será demonstrada a cooperação em suas bases conceituais, a emergência da cooperação sul-sul e seus fundamentos oficiais, com ênfase no campo da saúde. Em um segundo momento, partiremos da crítica foucaultiana do uso do poder governamental para a gestão dos corpos, elucidando os conceitos de biopoder e biopolítica, considerados fundamentais para essa investigação por remontarem a origem da saúde como dispositivo de poder. Na sequência serão apontados quais aportes a Bioética Crítica pode dar à cooperação sul-sul, incorporando o conceito de interculturalidade, para problematizar as relações internacionais. Para tanto, serão utilizados alguns autores das teorias pós-coloniais.

Por fim, na terceira e última etapa dessa investigação crítica da Cooperação Internacional em Saúde, faremos a análise de três documentos norteadores da cooperação sul-sul a partir de uma perspectiva bioética construída desde o sul, apontando possíveis conflitos éticos que podem emergir tacitamente ou explicitamente.

Tais documentos foram selecionados a partir do banco de dados do NETHIS, Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde (10), em que a autora fez parte da equipe de pesquisadores bolsistas por três anos. Este núcleo é vinculado a três instituições, sendo elas a Fiocruz, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS/OMS) e a Cátedra UNESCO de Bioética (PPG Bioética – UnB) e faz a intersecção entre as áreas da Saúde Pública, das Relações Internacionais e da Bioética. Na biblioteca do espaço virtual do NETHIS constam os documentos de referência para a Cooperação Sul-Sul (11).

Foram selecionados por conveniência três deles, representando três níveis distintos de abrangência geopolítica. O *“Plano Estratégico de Cooperação em Saúde*

*da Comunidade de Países de Língua Portuguesa” (PECS/CPLP, 2009), dentro do qual o Brasil assume um protagonismo evidente (12). Um especialmente formulado para a região das Américas, intitulado “A Saúde e as Relações Internacionais: seu vínculo com a gestão do desenvolvimento nacional da saúde” (13) e, por fim, um de amplitude global, que marca o reconhecimento das Nações Unidas da importância da cooperação Sul-Sul, que é a *Resolução da Conferência de Alto Nível das Nações Unidas sobre Cooperação Sul-Sul* (14).*

Pretende-se aplicar o referencial teórico desenvolvido para analisar criticamente como esses documentos definem as relações entre os Estados, bem como estão compreendidos os interesses do mercado ligado a bens e serviços de saúde e em que bases estão estabelecidas as relações interculturais em torno do poder e do saber.

De que maneira os interesses econômicos sobrepujam os aspectos sociais, de respeito e crescimento compartilhado? Qual o papel do Estado nessa empreitada transnacional de globalização? Como incorporar povos e nações no processo de desenvolvimento científico e tecnológico ao qual a saúde mantém estreita relação? São questões que nos acompanharão ao longo de toda essa investigação. Não há intensão de dar respostas categóricas a essas indagações, no entanto, elas são colocadas para que seja feito um exercício de reflexão que pode ter efeitos benéficos para as práticas de cooperação internacional em saúde.

## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 2.1 COOPERAÇÃO INTERNACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO: CONCEITO E HISTÓRIA

“Cooperação” não sustenta um conceito único e indiscutível na literatura que trata o tema. Há uma ausência de definições inequívocas decorrente da vastidão conceitual e teórica com que se abordam diferentes agentes e agências de cooperação, governamentais ou não governamentais, seus objetivos e pressupostos (15). A que melhor se adequa a essa análise é a de que a cooperação internacional é uma forma dos atores internacionais se relacionarem para coordenar esforços em busca de objetivos supostamente comuns. Ela pode assumir diversas formas, tais como alianças temporárias sobre temas específicos, coalizões mais ou menos duradouras, processos de integração regional e outros (16).

A cooperação técnica internacional surgiu no final da Segunda Guerra Mundial, quando na conferência de *Bretton Woods*, foram criados o Banco Mundial e o Fundo Monetário (FMI), em julho de 1944. Neste momento é cunhado o conceito de cooperação para o desenvolvimento. Antes disso, essa prática não era comum, passando a ser batizada de “ajuda para o desenvolvimento”. Os financiamentos dos modelos desenvolvimentistas surgiram para suprir os embaraços econômicos dos países emergentes, dependentes de ajuda, gerando assim, a noção de terceiro mundo (17).

Existem dois enfoques que podem ser dados à cooperação internacional, o enfoque “tradicional”, que é costumeiramente associado à cooperação realizada após a Segunda Guerra Mundial, que se estendeu por todo o período da Guerra Fria (1945-89). Os objetivos e métodos de trabalho são colocados pelo país que oferta os recursos financeiros, cujos interesses estão voltados para a segurança nacional, no período da Guerra Fria.

Já o enfoque “moderno” tem seu marco inicial após a Guerra Fria, momento em que há maior diálogo entre doadores e receptores dos recursos envolvidos na cooperação, de forma que todos possam trabalhar em conjunto, em forma de parceria. Dessa maneira, intenta-se uma substituição da relação anteriormente usual

de dominação, por outra em que possam existir associação e compartilhamento de responsabilidades entre os atores envolvidos (18).

A expressão “assistência técnica” foi instituída pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1948, definida como transferência, em caráter não comercial, de técnicas e conhecimentos, por meio da execução de ações entre atores de nível desigual de desenvolvimento, envolvendo peritos, treinamento de pessoal, material bibliográfico, equipamentos, estudos e pesquisas.

As Nações Unidas motivaram as primeiras iniciativas de estruturação da cooperação internacional científica, técnica e tecnológica, visando à necessidade de reconstruir os países afetados pela guerra, com o intuito de acelerar o processo de desenvolvimento dos países considerados menos industrializados. Em 1959 a Assembleia Geral da ONU reavaliou o conceito de "assistência técnica", substituindo a expressão por "cooperação técnica", alegando que a cooperação pressupõe uma relação de trocas, de interesses mútuos entre as partes (4).

Quanto à participação dos Estados, a cooperação pode ser: bilateral, quando envolver apenas dois Estados; pode ser multilateral, quando envolver vários Estados; ou pode ser triangular, situação especial na qual há um doador, um receptor e um terceiro que executa as ações de cooperação no país receptor (19).

Segundo Oliveira e Luzivotto (20), as cooperações técnicas internacionais (CTI) se dividem em quatro tipos ideais, que podem ser classificados em uma escala evolutiva: a) cooperação internacional vertical; b) cooperação técnica *tout court*; c) cooperação internacional horizontal; d) cooperação internacional descentralizada.

O primeiro tipo de cooperação, considerada vertical e originária do pós II Guerra Mundial é de caráter assistencial, ou seja, consiste na transferência vertical de conhecimentos e técnicas dos países avançados no modelo de desenvolvimento vigente, aos países menos desenvolvidos, evidenciando a condição de subalternidade por parte desses últimos. É fato que esse tipo de cooperação nunca foi desinteressado, principalmente no período da Guerra Fria (20). Esses moldes de ajudas externas são associados às chamadas cooperações Norte-Sul, de aspecto vertical.

O segundo tipo de cooperação surgiu devido ao incômodo gerado pelo primeiro tipo, sendo substituído pelo conceito de cooperação técnica *tout court*, que permitiu que os países em desenvolvimento pudessem ser tratados como parceiros no processo de solução de seus próprios problemas. Da condição de receptores, esses países tornaram-se agentes do processo cooperativo. Como exemplo, temos a experiência da construção da Hidrelétrica Itaipu entre Brasil e Paraguai, que beneficia ambas os países envolvidos (20).

Já a cooperação internacional horizontal surge como evolução da mudança conceitual ocorrida no segundo tipo, permitindo que as ações de cooperação não sejam exclusivamente um mecanismo de interação Norte-Sul, abrindo espaço para as relações Sul-Sul. Nesse momento, a cooperação perdeu seu caráter estritamente vertical, para incorporar características horizontais. Com isso, houve uma internacionalização ativa nas cidades brasileiras, capacitando o país a “receber volumes expressivos de cooperação técnica internacional como prestá-la para países menos desenvolvidos, da América Latina e da África” (20) (p. 14).

Por fim, a cooperação internacional descentralizada, que guarda as características da terceira, no entanto, sem incorporar a figura do Estado-nação. Esse fato ocorre devido à impossibilidade dos Estados nacionais dos países em desenvolvimento de lidarem com demandas locais. Isso gerou a formação de parcerias e redes de trabalho que permitem a formação de solidariedades estratégicas, cooperação descentralizada e troca de informações entre as cidades, os municípios e as diversas organizações econômicas, políticas e sociais. Os espaços locais são resgatados, com bases de sustentabilidade comunitária (20).

O estudo de Sato (21) demonstra que a cooperação internacional não deve ser interpretada como o antônimo da expressão conflito internacional. Nesse sentido, temos esses pares de opostos: cooperação/conflito, que muitas das vezes são velados pelos meandros da interdependência desigual. Ele chama atenção para questões éticas e políticas, demonstrando como os mecanismos de cooperação significam novas oportunidades e novos problemas, que demandam das sociedades a construção de mais sistemas coerentes e compatíveis entre si em suas práticas produtivas e em suas instituições políticas.

A cooperação vem aparecendo cada vez mais na agenda internacional. Durante a Guerra Fria, essa agenda era dividida basicamente em dois planos: “high politics” e “low politics”<sup>1</sup>. O primeiro se referia à segurança estratégica e o segundo plano era usado para designar as demais questões como comércio e desenvolvimento, educação e outros temas que não se associavam diretamente às estratégias das grandes potências (21). Com o fenômeno da globalização, os temas que antes eram considerados menos estratégicos no âmbito internacional, passaram a ocupar um novo espaço de visibilidade, permitindo um intercâmbio entre países nas esferas comerciais, financeiras, de educação, saúde, ciência, tecnologia e inovação.

A política externa do século XXI transforma e atualiza o passado ao mesclar as dimensões Norte-Sul e Sul-Sul. Principalmente no contexto da globalização, onde as relações entre grandes potências e países em desenvolvimento são cada vez mais estreitadas. Como bem ressalta Mello (22):

A globalização deve ser entendida como um processo, um padrão histórico de mudança estrutural, mais do que uma transformação política e social já plenamente realizada. Ela é um fenômeno ao mesmo tempo amplo e limitado: amplo, porque ela cobre transformações políticas, econômicas, e culturais; limitado, porque não se trata de um processo completo e terminado, e ele não afeta a todos da mesma maneira. O processo de globalização é caracterizado pela intensa mudança estrutural da economia internacional, com o peso crescente de transações e conexões organizacionais que ultrapassam a fronteira dos Estados (22) (p.165).

A nova ordem mundial possibilita novas parcerias, que transcendem a geografia, sobretudo quando se trata de cooperações de caráter multilateral. Pecequillo traz a seguinte contribuição em relação a essa transição (23):

Se a década de 1990 representou o retorno do bilateral-hemisférico, o século XXI trouxe a demanda de atualização da tradição global-multilateral. Tal atualização trouxe uma evolução por meio da convergência dos níveis bi e multilateral da política externa, focando na ampliação e combinação das dimensões horizontais e verticais das parcerias estratégicas [...] Existe, assim, um salto qualitativo neste processo, ainda em construção, e que se desenvolve a partir de uma percepção positiva do país, sua opção por uma ação de alto perfil e a realidade de um sistema que transita do uni ao possível multipolarismo (23) (p.151).

---

<sup>1</sup> “High politics” geralmente se refere aos temas “topo” da agenda da política internacional (de perspectiva tradicionalista e conservadora): assuntos militares, de segurança internacional e defesa e econômicos. “Low politics” se refere aos temas de “menor importância” (mais uma vez, de uma perspectiva tradicionalista e conservadora) da agenda: relações culturais, direitos humanos, meio-ambiente, saúde e outros.

Temos então um rearranjo mundial, onde o movimento de globalização seria retomado nas duas últimas décadas do século XX, momento em que se encerraria o intervalo histórico de adequação dos países socialistas ao modo capitalista de produção, para que houvesse uma incorporação mais plena dos Estados-Nação ao arranjo comercial internacional.

Dito de outra maneira, o início dos anos 90 representou não tanto um fim da história, mas mais propriamente “um fim da geografia” (24) (p. 119). O mundo deixa definitivamente de ser bipolar, trazendo muitas consequências interessantes, dentre elas, as novas parcerias entre países em desenvolvimento, que se empoderaram para serem atores e não mais coadjuvantes nas relações internacionais. Para tanto, esse processo foi se desencadeando aos poucos e teve sua origem por volta da década de 50.

Uma das sementes desse movimento foi a Conferência Ásia-África realizada em Bandung (Indonésia), em 1955. Reuniu líderes de 29 estados asiáticos e africanos, responsáveis pelos destinos de 1 bilhão e 350 milhões de seres humanos. Patrocinarão esta conferência Indonésia, Índia, Birmânia, Sri Lanka e Paquistão, e tinha como objetivo promover uma cooperação econômica e cultural de perfil afro-asiático (25).

Foi a partir da Conferência de Bandung que os países do então chamado ‘Terceiro Mundo’ buscaram unir seus esforços frente ao contexto bipolar que o mundo se encontrava, de um lado liderado pelos Estados Unidos e de outro pela União Soviética. O intuito era negociar uma ordem econômica mais favorável, pois houve uma multiplicação de Estados independentes na África e na Ásia, que padeciam de severa desorganização social, política e econômica, frutos da exploração colonial, que gerou muitos conflitos étnicos (26).

Foram enunciados os princípios que deveriam orientar as relações entre as nações grandes e pequenas, conhecidos como os *Dez Princípios de Bandung*. São eles:

1. Respeito aos direitos humanos fundamentais e aos objetivos e princípios da Carta das Nações Unidas.
2. Respeito à soberania e integridade territorial de todas as nações.

3. Reconhecimento da igualdade de todas as raças e a igualdade de todas as nações, grandes e pequenas.
4. A abstenção de intervir ou de interferir nos assuntos internos de outro país.
5. O respeito ao direito a defender-se de cada nação, individual ou coletivamente, em conformidade com a Carta da ONU.
6. A abstenção do uso de pactos de defesa coletiva a serviço de interesses particulares de quaisquer das grandes potências.
7. A abstenção de todo país de exercer pressões sobre outros países.
8. Abster-se de realizar atos ou ameaças de agressão, ou de utilizar a força contra a integridade territorial ou a independência política de qualquer país.
9. A solução pacífica de todos os conflitos internacionais, em conformidade com a Carta da ONU.
10. A promoção aos interesses mútuos, à cooperação e o respeito à justiça e às obrigações internacionais.

É notável que esses princípios são respostas ao violento processo de colonização sofrido por esses povos, que tiveram suas estruturas abaladas pela exploração de seus recursos naturais e pela completa desvalorização de seus legados culturais. A busca de cooperação dos países do sul é uma iniciativa que evidencia o estado de reordenação mundial que se estende ainda nos dias atuais.

Seguindo essa linha cronológica, em 1964, ao final da primeira sessão da Conferência das Nações Unidas para o Comércio e o Desenvolvimento (UNCTAD), 77 países em desenvolvimento firmaram a Declaração que criou o Grupo dos 77 das Nações Unidas. Uma coalizão dos países não alinhados que visava promover os interesses econômicos e coletivos de seus membros e criar uma maior capacidade de negociação conjunta na Organização das Nações Unidas. Havia 77 membros fundadores da organização e hoje é composta de 130 países membros (24). Como consta no 'II Relatório da cooperação Sul-Sul na Ibero-América' de 2008:

A década dos setenta é, sem dúvida alguma, a mais ativa em termos de definição e impulso à Cooperação Sul-Sul. Trata-se de uma década muito marcada pelo empurrão que as recém independentes ex-colônias desejam conferir a uma Nova Ordem Econômica Internacional (NOEI) [...] Assim mesmo, tomam consciência de suas capacidades nacionais e coletivas. A conjunção destes elementos favorece que os novos Estados apostem pela Cooperação Sul-Sul como opção para promover seu desenvolvimento. Atores como o Movimento dos Não Alinhados (MNOAL) e o G77 jogam um papel importante (27) (p.13).

Pois bem, o projeto de desenvolvimento do sul tinha uma matriz temática interessante aos menos favorecidos, para isso, o objetivo era normatizar o desenvolvimento econômico. Existem muitas teorias sobre o que é o desenvolvimento e a ajuda para o desenvolvimento, tais como a de que o receptor seja subordinado ao doador, ou mesmo do desenvolvimento como um vício de forma histórico, enfim, existem muitos debates, em relação ao que seja o desenvolvimento e a ajuda internacional.

Seguindo a linha cronológica da história da Cooperação Internacional, em setembro de 1978, aconteceu a Conferência sobre Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD), que reuniu delegações de 138 Estados na Argentina. Foi aprovado o Plano de Ação de Buenos Aires, que representa um marco histórico da doutrina de cooperação no contexto das Nações Unidas. O propósito desse novo modelo é o de diminuir a dependência dos programas de ajuda dos países desenvolvidos, na tentativa de uma mudança no jogo de poder internacional (28).

A Unidade Especial para a Cooperação Sul-Sul (*Special Unit for South-South Cooperation [SU/ SSC]*) foi estabelecida pela Assembleia Geral das Nações Unidas também em 1978. Situada no Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), tinha o propósito de promover, coordenar e apoiar as cooperações Sul-Sul e triangular em bases globais e da própria ONU.

O PNUD produz relatórios e estudos sobre o desenvolvimento humano sustentável e sobre as condições de vida das populações, executa projetos que visam contribuir para melhorar as condições de vida nos 166 países onde possui representação. Elabora também o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), e coordena o trabalho das demais agências, fundos e programas das Nações Unidas - conjuntamente conhecidas como Sistema ONU - nos países onde está presente.

Com base no 'II Relatório de Cooperação Sul-Sul na Ibero-América' (27), o que efetivamente identifica e diferencia a Cooperação Sul-Sul é sua associação a alguns princípios de funcionamento básicos. Estes são:

- **A horizontalidade.** A Cooperação Sul-Sul exige que os países colaborem entre si em termos de sócios. Isto significa que, muito além das diferenças nos níveis de desenvolvimento relativo entre eles, a

colaboração se estabelece de maneira voluntária e sem que nenhuma das partes ligue sua participação ao estabelecimento de condições.

- **O consenso.** A execução de uma ação de Cooperação Sul-Sul deve ter sido submetida a consenso pelos Responsáveis de cada país, e isto em âmbitos de negociação comum, como podem ser as comissões mistas ou seus equivalentes.
- **A equidade.** A Cooperação Sul-Sul deve ser exercida de um modo tal que seus benefícios (sempre consistentes na potencialização mútua de capacidades críticas para o desenvolvimento) distribuam-se de maneira equitativa entre todos os participantes. Este mesmo critério deve ser aplicado à distribuição de custos, que devem assumir-se de maneira compartilhada e proporcional às possibilidades reais de cada contraparte (27) (p. 16).

Temos o surgimento de um novo paradigma de cooperação, com resultados positivos e estatuto próprio, no entanto, com algumas semelhanças com o modelo hegemônico (cooperação norte-sul), no que se refere ao desejo de criar sistemas de cooperação entre países para o desenvolvimento. Embora, haja um movimento de cooperação menos vertical, em que o novo paradigma de cooperação tem um objetivo de equiparação. Trata-se de uma mudança qualitativa, com a criação de novas redes e estruturas, para realizar desejos e autonomias do sul.

### **2.3 A COOPERAÇÃO EM SAÚDE – DO MODELO NORTE-SUL PARA O SUL-SUL**

Como marco histórico fundamental da Cooperação Internacional em Saúde, temos a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, juntamente com o Regulamento Sanitário Internacional, um conjunto de regras para o controle de doenças infecciosas (24). Em sua primeira versão, o Regulamento Sanitário Internacional foi instituído em 1951, com subsequente revisão em 1969 e algumas alterações em 1973 e 1981.

Contudo, devido à intensificação do transporte de passageiros, bens e cargas pelo mundo e a conseqüente disseminação internacional de doenças, como Aids, cólera e peste, houve a necessidade de uma nova revisão nos termos desse Regulamento. Em 1995, a Assembleia Mundial da Saúde determinou que a Organização Mundial da Saúde (OMS) iniciasse um processo de revisão, o que se prolongou por dez anos (29).

A criação da OMS, com a progressiva adesão dos países que a constituem pode ser considerada um episódio integrador na história mundial das relações entre saúde e política externa. Os projetos de cooperação difundidos por esta Organização, assim como as iniciativas de ajuda oficial para o desenvolvimento e de socorro humanitário ilustram essas relações (3).

Houve uma variação nos enfoques da cooperação internacional na área da saúde a partir das décadas de 60 e 70 influenciada pelos movimentos alternativos e dos países não-alinhados. No final da década de 60, temos o surgimento de Agências das Nações Unidas e também de outras organizações, de diferenciados tipos de ativismos, sem a vocação de neutralidade que as anteriores se propunham. Essas agências denunciavam situações de opressão, para mover a opinião pública mundial. Há uma forte mudança nos padrões de conduta da burocracia internacional da cooperação técnica.

Com a disseminação mundial da epidemia de HIV/aids e também de outras doenças fatais, os sistemas de saúde dos países de baixa renda ficaram sobrecarregados. O acesso aos serviços de saúde foi aos poucos sendo privatizado, devido ao efeito devastador da globalização econômica desigual. Houve uma

negligência com as questões epidemiológicas e as atividades de saúde pública, prevenção e controle de endemias e também no campo das doenças transmissíveis e epidêmicas (30).

O modelo Norte-Sul de cooperação internacional em saúde tinha caráter explicitamente assistencial e consistia na transferência de conhecimentos e tecnologias dos países avançados àqueles menos desenvolvidos, por meio da qual era reafirmada a condição de subalternidade desses últimos. Entretanto, com o avanço das disparidades entre países ricos e pobres, foi ficando cada vez mais claro que este modelo não seria capaz de responder às necessidades dos países em desenvolvimento, uma vez que persistia e evoluía ligado primordialmente à expansão dos mercados para as indústrias farmacêuticas, de equipamentos e insumos e aos interesses financeiros e políticos dos países centrais.

A cooperação internacional em saúde estava focada na atenção primária à saúde (APS), no entanto, em meados da década de 1970 a crise fiscal evidenciou os elevados custos da assistência médica. Com a crise econômica da década de 80, a pobreza no Sul foi ainda mais acentuada, deixando claras as condições de desigualdade em que os países ditos do Sul estavam em relação aos países ditos do Norte. De acordo com Santana (3):

É cada vez mais frequente a busca de consensos na definição de política, na captação de recursos financeiros, na promoção de assessorias e assistência técnica ou simplesmente no estabelecimento de redes de colaboração em áreas específicas do campo da saúde. E, aspecto que interessa destacar, a inserção desses processos no contexto de acordos mais amplos de formação de comunidades ou blocos regionais de países (3) (p. 86).

Essas mudanças permitiram novas alianças em nome do desenvolvimento no campo da saúde, envolvendo países que partilham de semelhanças de aspecto cultural, geográfico e financeiro. As iniciativas de cooperação em saúde nos contextos sub-regionais da América Latina elucidam esse novo momento mundial. Serão destacadas as de maior tradição e prolongada existência.

Em primeiro lugar, temos a SICA – Sistema de Integração Centro-Americana. Por meio da criação da Organização dos Estados Centro-Americanos (ODECA), formada pelos governos de Costa Rica, Guatemala, Honduras, El Salvador e

Nicarágua em 1951, a experiência do SICA demonstrou a relevância da cooperação internacional em saúde para a paz nacional e sub-regional.

Em 1984 foi aprovado o Plano de Necessidades Prioritárias de Saúde na América Central e Panamá (PPS/CAP), vinculando saúde e paz, ao se definir sete áreas prioritárias: fortalecimento dos serviços de saúde; acesso a medicamentos essenciais; controle de malária e doenças tropicais; melhora na alimentação e nutrição; formação do pessoal; redução da mortalidade infantil e suprimento de água e saneamento.

Em prol de um alinhamento na cooperação externa, em 2009 foi aprovada a Agenda de Saúde da América Central e da República Dominicana 2009-2018, sendo esta um importante direcionador das políticas e prioridades de investimento da região. A cooperação no contexto do SICA se efetivou na erradicação da poliomielite, na interrupção da transmissão autóctone do sarampo e nas iniciativas de barateamento de medicamentos (31).

Inicialmente denominada de Pacto Andino, a Comunidade Andina de Nações (CAN) decorreu do Acordo de Cartagena, assinado por Bolívia, Chile, Colômbia, Equador e Peru em maio de 1969. Em 1973 a Venezuela aderiu ao acordo e em 1976, retirando-se da CAN posteriormente em 2006. Ele era constituído pelo propósito de melhorar o nível de vida de seus habitantes por meio da integração e a cooperação, não só econômica, como social entre os acordos.

Esse grupo andino passou por algumas reformulações institucionais, tendo como marco o Protocolo de Trujillo subscrito em 1996, assim, a “Comunidade Andina” substituiu o Pacto Andino e o Sistema Andino de Integração (SAI). Com a incorporação do Conselho Andino de Ministros de Relações Exteriores ao novo SAI, o ambiente ficou mais propício à abordagem da saúde aliada à política externa desse bloco.

Como experiência bem-sucedida de cooperação Sul-Sul em saúde dentro da CAN, houve a criação da Rede Andina de Vigilância Epidemiológica, criada em 1997, a qual obteve um prêmio da Universidade de Harvard com a melhor solução de tecnologia da informação em países em desenvolvimento. Ocorreu também uma participação ativa em 2003, nas negociações de preços com os laboratórios produtores de medicamentos de marca, genéricos e de princípios ativos (31).

A Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OCTA), criada em 1979 é composta por Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Guiana, Peru, Suriname e

Venezuela, que assinaram o Tratado de Cooperação Amazônica (TCA). O intento central era o de desenvolver harmonicamente os territórios amazônicos, de maneira equitativa e com aproveitamento mútuo.

Foi fundada em 1987 a Associação de Universidades Amazônicas (UNAMAZ) também foram criadas as primeiras comissões especiais do Tratado, como a Comissão Especial de Saúde na Amazônia (CESAM). O Plano Estratégico da OCTA, aprovado pelos chanceleres dos Estados Membros em 2004, reconhece a precariedade nos serviços sociais da região amazônica e um aumento na incidência de doenças transmissíveis e problemas nutricionais. Esses diagnósticos permitem que ações sejam planejadas e projetadas, embora nem sempre elas se efetivem conforme o planejado, como é o caso do Plano de Saúde Amazônico 2007-2012, em que algumas ações não foram sequer iniciadas em meados de 2011.

Outra importante coligação foi o Mercado Comum do Sul (MERCOSUL). O diferencial desse bloco regional é o distanciamento do enfoque social, incluindo o caso da saúde. Em 1991 o Tratado de Assunção formalizou a integração entre Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai para fins mercantis. Apenas no ano de 1995, foi criada a Reunião dos Ministros da Saúde do MERCOSUL (RMSM), esse órgão trataria do tema da saúde na sub-região.

A criação desses órgãos evitou que a temática da saúde permanecesse dispersa nos diferentes subgrupos e comissões técnicas do MERCOSUL, o que promoveu a troca de informações entre os Estados-Parte. Como exemplo de resultado bem-sucedido da cooperação Sul-Sul em saúde desse bloco, tivemos o Programa do Banco de Preços dos Medicamentos do Mercosul (31).

Por fim, a União das Nações Sul-Americanas (UNASUL). Esse bloco regional é recente, tendo início em 2004. O intuito de sua concepção foi o de abertura para um espaço de coordenação política e diplomática para fortalecer a inserção internacional e melhorar as capacidades internas.

Em 2008, foi criado o Conselho de Saúde Sul-Americano (Unasul Saúde) formado pelos ministros da saúde, na seguinte distribuição de atribuições: Comitê de Coordenação, formado pelos representantes titulares de cada Estado-Membro, além de um representante do MERCOSUL, CONHU, da OCTA e da OPAS, como observadores; uma secretária técnica nomeada pela Presidência Pro Tempore (PPT) da Unasul, que garanta a continuidade das atividades; Grupos Técnicos (GT), responsáveis pela elaboração, preparo, e desenvolvimento de propostas, planos e

projetos que visem a integração sul-americana em saúde, de acordo com a Agenda Sul-Americana de Saúde. Seu caráter recente não permite observar um exemplo de cooperação bem-sucedida, no entanto, são sementes que estão sendo plantadas para serem colhidas na posteridade (31).

O Estado brasileiro está em processo de ascensão nos acordos feitos em nome da Cooperação Técnica. Com base no site oficial do Ministério das Relações Exteriores:

A cooperação técnica internacional desperta grande interesse num amplo segmento da sociedade, incluindo setores governamentais, e o público em geral, por possibilitar um acesso mais ágil a tecnologias, conhecimentos, informações e capacitação. O papel da ABC é de coordenadora e responsável pela negociação e supervisão dos diferentes programas e projetos negociados e implementados junto a parceiros bilaterais, regionais e multilaterais, além de representante oficial do Governo nas ações de cooperação técnica (4).

O Brasil tem se deparado com um contexto geopolítico regional relativamente estável. Em certo sentido e ao contrário de seus vizinhos, o processo de construção do Estado brasileiro foi realizado antes, pelo recurso à negociação diplomática do que pela guerra. Finalmente, desde a segunda metade do século XX, o Brasil ocupa uma posição econômica dominante com relação aos demais países sul-americanos (32).

Embora sob a perspectiva global, o Brasil possua um nível de desenvolvimento intermediário, é dada uma grande importância às instituições multilaterais, pois na medida em que essas coligações são feitas, o poder dos países hegemônicos é relativamente reduzido e ocorre um fortalecimento dos mecanismos multilaterais. Pelo fato das grandes potências exercerem o poder de uma maneira mais intensa por meio de medidas unilaterais (33). Sabemos que a política externa do Brasil se encontra num dilema: de um lado a busca por autonomia e por outro a busca por credibilidade no cenário internacional.

O Centro de Relações Internacionais (CRIS) da Fiocruz investe na cooperação estruturante. Pelo fato de romper com o modelo Norte-Sul, que costuma ser uma transferência passiva de conhecimento e tecnologias. Ao longo dos dois governos de Luís Inácio Lula da Silva, a Cooperação para o Desenvolvimento foi encarada como uma prioridade da política externa. Segundo pesquisa realizada pela Agência Brasileira de Cooperação (ABC) em parceria com o Instituto de Pesquisa

Econômica Aplicada (IPEA), o Brasil fez um investimento de mais de US\$ 1,4 bilhão na Cooperação Internacional para o Desenvolvimento entre os anos de 2005 a 2009 (34).

O Brasil vem se destacando em seus auxílios prestados, com ênfase naqueles países em que há uma proximidade histórica e cultural, cujo idioma comum permite uma aproximação ainda maior. É o caso dos PALOP (Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa). Nesse âmbito, alguns países já estabeleceram acordos com o Brasil, para receberem capacitação ou condições adequadas para o desenvolvimento, com atenção às possibilidades oferecidas pelo próprio país, de ações que promovam um impacto significativo na qualidade de vida das populações dos países parceiros (4).

Os quatro países dos PALOP em que o Brasil mantém uma estreita relação de cooperação bilateral são: Angola; Cabo Verde; Guiné-Bissau; Moçambique e São Tomé e Príncipe. Destas parcerias de caráter bilateral, há que se ressaltar a participação do Brasil em São Tomé e Príncipe que repercutiu de maneira bastante positiva. O Governo santomense afirmou em entrevistas e reuniões a importância e o diferencial do Brasil em relação à cooperação técnica prestada.

A cooperação brasileira hoje ocupa o terceiro lugar em número de projetos no país. O Governo santomense ressalta como diferencial da cooperação brasileira a forma solidária, ética e participativa como o Brasil trabalha, colaborando para apropriação do conhecimento e fortalecimento das instituições locais.

Esse diferencial brasileiro nos reporta aos novos paradigmas da cooperação sul-sul, que se propõe horizontal e já possui algum reconhecimento daqueles que são auxiliados, no sentido de propiciar o desenvolvimento regional, de maneira respeitosa, sobretudo em termos institucionais e culturais.

O Brasil possui muitas iniciativas no setor saúde em diversos países e, portanto, tem experiência no tema. O número de Atos Internacionais em Saúde aumentou cerca de 500% no período de 2003 a 2008, havendo uma evidente prioridade para as relações do Brasil com a América do Sul e a África. Diante desse quadro temos uma consolidação do campo da saúde internacional, onde diplomatas e representantes do Ministério de Relações Exteriores atuam, juntamente com

técnicos, gestores e peritos ligados ao Ministério da Saúde e suas unidades, assim como as demais instituições com vocação para a saúde (34).

Há um movimento de intensificação na ajuda ao continente africano e o maior exemplo desta iniciativa é a implantação da fábrica de antirretrovirais e outros medicamentos em Maputo, onde a Farmanguinhos (Fiocruz) e a Sociedade Moçambicana de Medicamentos (SMM) estabeleceram aliança em prol da erradicação do vírus HIV/Aids. Trata-se da primeira instituição pública no setor farmacêutico do continente africano (35).

Esta fábrica iniciou as operações em 2012 e a produção gira em torno de 226 milhões de unidades de antirretrovirais por ano, quantidade suficiente para beneficiar cerca de 2,7 milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids em Moçambique. Há também uma previsão de fabricação de 21 tipos diferentes de medicamentos, entre os quais antibióticos, anti-anêmicos, anti-hipertensivos, anti-inflamatórios, hipoglicemiantes, diuréticos, antiparasitários e corticosteróides.

Estima-se que esta fábrica produza cerca de 371 milhões de unidades farmacêuticas por ano, incluindo antirretrovirais e outros medicamentos. Essas ações colocam a missão de Farmanguinhos no lugar de uma atuação que pretende responsável nos aspectos socioambientais e na promoção da saúde pública por meio da produção de medicamentos, pesquisa, desenvolvimento tecnológico, geração e difusão de conhecimento.

Esta fábrica é bastante citada nos discursos dos governantes brasileiros, pelo fato de ser um exemplo do paradigma de cooperação internacional (sul-sul) ao qual o Brasil se propõe como grande ator. É sempre ressaltado o fato de que não se está doando medicamentos, como é de costume nas cooperações europeias e norte-americanas e sim, é doada a tecnologia de produção (36).

As dimensões éticas dessa nova conjuntura mundial nos leva a avaliar a um questionamento central: Como fazer cooperação em saúde, envolvendo os aspectos culturais, históricos e econômicos de cada Estado-Nação envolvido? Com esse questionamento, temos um ponto de partida para evitar o posicionamento ingênuo frente às modernidades tecnológicas, que muitas das vezes são voltadas para uma pequena parcela da população.

Enquanto acreditarmos que o desenvolvimento econômico tenha mais peso do que o desenvolvimento humano, sob a égide do paradigma do desenvolvimento tecnológico cego e da secção entre as pessoas e países, não avançaremos substancialmente em políticas públicas de equidade e bem-estar social. Tais políticas públicas deveriam partir de convergências de interesses entre dois ou mais elementos envolvidos na relação, seja ela de diplomacia, de solidariedade, de acertos comerciais e outros.

O estudo crítico da cooperação internacional em saúde, envolvendo suas potencialidades e ambivalências, nos promove uma reflexão acerca dos moldes hegemônicos de produção científica, que primam pela inovação, mas não abrangem, muitas vezes, as reais necessidades das populações, carentes de fato dos serviços públicos de saúde. Essa investigação crítica é necessária para que efetivas mudanças ocorram não só nos discursos, como nas práticas, em prol da diminuição da desigualdade no acesso à saúde. Há um paradoxo que envolve a promoção da solidariedade internacional que se confronta diretamente com os interesses nacionais.

Vemos que os estudos de cunho quantitativo não abrangem o cerne do problema da desigualdade global, o que demonstra que as análises devem beber na história e na visão crítica do processo que cada nação esteve envolvida ao longo de seu desenvolvimento econômico e cultural. A questão da saúde tem sido objeto de debate nas organizações internacionais, no entanto, nem sempre se dá um foco social aos problemas decorrentes das más condições da mesma.

O aspecto econômico se sobrepõe ao social, gerando alguns problemas para aqueles que eram para ser “ajudados”, mas que na prática, são levados a reproduzir um padrão de consumo estipulado, com interesses muitas vezes egoístas por parte daqueles que “ajudam”. A cooperação sul-sul surge nesse meandro de como intervir, auxiliando de fato aquelas populações a se desenvolverem por conta própria, dando o devido suporte para que hajam condições de melhorar os índices de pobreza e todos os problemas decorrentes disso.

De acordo com Cox (37), a política é um compromisso entre poder e moralidade, e essas relações de poder, assim como as noções de moralidade mudam ao longo da história. O problema é que a pretensão à universalidade do

juízo moral é em última análise dependente do poder dominante de um grupo sobre os outros. Ele diz que este não é um achado de teóricos de relações internacionais do século XX.

Cox afirma há dois extremos, por um lado os líderes políticos mobilizam o poder para fazer cumprir o que eles proclamam ser o primeiro e único sistema ético verdadeiro. No outro extremo está o reconhecimento de que nenhum sistema ético tem validade absoluta e universal. A primeira abordagem é uma ferramenta poderosa para mobilizar as pessoas em nome de uma causa. O segundo é mais útil na compreensão de um conflito em que não há nenhum vencedor claro, onde se alcança uma relativa justiça que permite que todas as partes prossigam com seus próprios valores na pacífica coexistência. De qualquer maneira, para ele, o poder determina o veredicto (37) (p. 58).

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 OS CONCEITOS DE BIPODER E DE BIOPOLÍTICA EM FOUCAULT: UMA GENEALOGIA DA MEDICINA MODERNA

Michel Foucault cunhou dois conceitos que podem ser úteis na análise da problemática da cooperação internacional em saúde. Um deles é o conceito de *biopoder*, se referindo ao poder sobre a vida, mostrando o momento em que o biológico passou a ser um meio de controle dos indivíduos e das populações, tendo a medicina moderna, nascida no final do século XVIII, como principal meio de se efetivar esse controle em coadunação com o momento de desenvolvimento da economia capitalista e a consequente empreitada de expansão das relações de mercado (35).

A saúde já não pertence mais ao âmbito individual, passando a ser de caráter coletivo, enquanto meio de elevação do corpo social em seu conjunto. Foi no século XVIII que os aparelhos de poder se encarregarão dos corpos, no sentido de ajudá-los a garantir sua saúde, implantando a saúde como um dever individual e um objetivo geral. Surge então, naquele momento da Europa, uma nova função política, nas palavras de Foucault, surge uma “disposição da sociedade como meio de bem-estar físico, saúde perfeita e longevidade” (39) (p. 197).

Quando Foucault foi levado a distinguir no poder um nível macro e micro de exercício, o que pretendia era detectar a existência e explicitar as características de relações de poder que se diferenciam do Estado e seus aparelhos (39). O interessante da análise é justamente que os poderes não estão localizados em nenhum ponto específico da estrutura social e sim, funcionam como uma rede de dispositivos, todavia, não existe o poder em si, o que existe são as práticas de poder.

Parece-me que um dos fenômenos fundamentais do século XIX foi o que se poderia denominar a assunção da vida pelo poder: se vocês preferirem, uma tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma espécie de estatização do biológico (40) (p.286).

A industrialização e a força de trabalho, de acordo com ele, se tornam elementos fundamentais para a força do Estado, através da análise minuciosa de cada momento da vida, das doenças endêmicas, da proporção de nascimentos, da velhice e da morte. A medicina, desse modo, estabelece diversas medidas de controle sobre o corpo individual e coletivo, possibilitando o exercício cada vez mais refinado do poder sobre a vida. De acordo com o autor:

O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe. Uma 'anatomia-política': que é também igualmente uma mecânica do poder [...] A disciplina fabrica assim corpos submissos, exercitados, corpos dóceis (41) (p.126).

A saúde e o corpo passaram a ser vistos como fundamentais no processo de conquista da autonomia, da cidadania e da liberdade proclamadas pelo projeto moderno. Em consequência, as relações de poder devem ser analisadas em sua plenitude na existência social: "Viver em sociedade é, de qualquer maneira, viver de modo que seja possível a alguns agirem sobre a ação dos outros" (42) (p. 246).

Para Foucault, a organização do biopoder foi necessária ao desenvolvimento do capitalismo, de modo que os corpos disciplinados dos trabalhadores eram inseridos na lógica da produção e, juntamente com o ajuste e a regulação do fenômeno da população aos processos econômicos (39). Entre estes mecanismos se encontram as disciplinas, isto é, "esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõe uma relação de docilidade e utilidade" (41) (p.126).

Ele confere à medicalização da população, quatro processos ligados ao crescimento do domínio do saber médico, na segunda metade do século XVIII, em especial. Os quatro processos são:

1. O aparecimento da autoridade médico-política e a instauração da medicina de Estado e da polícia médica;
2. A ampliação dos domínios da medicina para além dos doentes e da doença, com a constituição da medicina urbana;
3. A medicalização do hospital, quer dizer, sua transformação em instrumento terapêutico; e, por fim,
4. A constituição de "mecanismos de administração médica: registro de dados, estabelecimento e comparação de estatísticas, etc." (43) (p. 50).

A partir das transformações que conduziram a uma medicalização da sociedade, poderíamos concluir que a medicina, porque atua cada vez mais para além das fronteiras tradicionais definidas pelo escopo do doente e das doenças, passa a ter um prestígio tão grande que não resta mais domínio que lhe seja exterior (44).

Ao final da década de 70, Foucault irá aprofundar o conceito de biopolítica, remetendo-se às regulações exercidas sobre a população. Quando tratamos de biopoder, estamos nos referindo aos dispositivos de exercício do poder sobre a vida, para tanto, a biopolítica seria uma forma de efetivar e administrar o biopoder. Segundo o autor, o "limiar de modernidade biológica" de uma sociedade situa-se no ponto em que a espécie e o indivíduo, enquanto simples corpo vivente tornam-se a aposta que esta em jogo nas suas estratégias políticas.

A partir de 1977, que seus cursos no *College de France* começam a focalizar a passagem do "Estado territorial" ao "Estado de população" e o conseqüente aumento da importância da vida biológica e da saúde da nação como problema do poder soberano, que se transforma então em "governo dos homens" (45). A biopolítica é uma espécie de bio-regulamentação do Estado, que age sobre a vida da população.

A vida natural começa, por sua vez, a ser incluída nos mecanismos e nos cálculos do poder estatal, e a política se transforma em biopolítica. Dito em outras palavras, o homem no qual Aristóteles definiu como animal vivente, capaz de existência política se diferencia na modernidade, cuja própria vida passa a ser um objeto de manipulação política (43) (p.127).

Gaudenzi e Ortega (46) exemplificam a intervenção política da medicina no corpo social, por meio do estabelecimento de normas morais de conduta e prescrição de comportamentos, pelo modelo higienista surgido no século XVIII, durante o processo de modernização da medicina, que marca a intervenção médica na intimidade das pessoas, tornando os indivíduos dependentes dos saberes produzidos pelos agentes educativo-terapêuticos, especialistas aos quais todos deveriam recorrer em busca de soluções para seus males domésticos.

O conceito de biopolítica, no contexto do desenvolvimento do liberalismo e sua relação com a dinâmica dos Estados, designa o modo como o poder se transformou, do século XVIII ao XIX, passando a governar não somente o indivíduo através de disciplinas, mas também ao conjunto de viventes, denominados

“população”. Nessa época, com o marco da melhoria nas condições de vida, o biológico não constitui mais um meio de pressão, mas um instrumento de poder a serviço de interesses políticos.

A tecnologia biopolítica encontra suporte na tecnologia disciplinar, apoiando-se nos mecanismos da disciplina para se instaurar. Para Foucault, diferentemente do que se possa imaginar, a medicina em dimensão coletiva é uma criação do capitalismo, tendo os corpos como objeto central:

Minha hipótese é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário: que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou ideologia, mas começa no corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica (47) (p.80).

Martins e Junior (48) esclarecem que a biopolítica não tem como objeto o corpo individual. É uma tecnologia que vai se aplicar ao homem enquanto ser vivo, espécie, ou seja, população. Uma vez que a disciplina é individualizante, penetrando o corpo em suas nuances, a biopolítica se direciona para a massa humana, no que tange seus processos de conjunto, suas modulações e variáveis.

Para Agambem (49), o desenvolvimento e o triunfo do capitalismo não teria sido possível, nesta perspectiva, sem o controle disciplinar efetuado pelo novo biopoder, que criou para si, por assim dizer, através de uma série de tecnologias apropriadas, os "corpos dóceis" de que necessitava. Este autor, a partir de um estudo etimológico, deriva dois conceitos distintos presentes na língua grega: *zoé*, ou vida orgânica em princípio comum a todos os seres vivos, e *bíos*, ou vida especificamente humana, isto é, a forma de vida que possui características simbólicas, morais e políticas.

A morte impediu que Foucault desenvolvesse todas as implicações do conceito de biopolítica e mostrasse em que sentido teria aprofundado ulteriormente a sua investigação; mas, em todo caso, o ingresso da *zoé* na esfera da polis, a politização da vida nua como tal constitui o evento decisivo da modernidade, que assinala uma transformação radical das categorias político-filosóficas do pensamento clássico. É provável, aliás, que, se a política parece hoje atravessar um duradouro eclipse, isto se deu precisamente porque ela eximiu-se de um confronto com este evento fundador da modernidade (49) (p.12).

A distinção entre *zoé* e *bíos* permite considerar os humanos tanto como membros da espécie biológica *homo sapiens* quanto como cidadãos, no sentido de “seres que transcendem, em suas vidas cognitivas, morais e políticas, sua condição de seres “zoológicos” submetidos às leis naturais, para se tornarem seres “biológicos” autônomos, com biografia e responsáveis por seus atos ou práxis” (50) (p.381).

Neste sentido, temos uma nova lida com a vida e com a morte.

Intrinsecamente ligado ao esforço de superação e de negação da morte, a biopolítica contemporânea, retirando o estatuto simbólico da morte, reduz a vida à sua dimensão de pura *zoé* e se exerce através de dispositivos de controle, de prevenção, de promoção da saúde. Um conjunto de recomendações sanitárias – antitabagistas, de redução de danos, de diminuição do consumo de álcool, de reeducação alimentar, de estímulo à prática esportiva, de recomendações com relação às práticas sexuais etc., fazem com que as políticas públicas de saúde concentrem uma significativa parte de seus recursos na tarefa de promover saúde, cujo objetivo se explicita como projeto de melhorar a qualidade de vida e aumentar a expectativa de vida (49) (p.818).

No contexto da modernidade, temos a ascensão de um novo *ethos* sanitário, em que novas subjetividades são produzidas a partir do discurso e prática médicas. O discurso sanitário tem estimulado e impulsionado o crescimento vertiginoso de um mercado de produtos que prometem aos consumidores atingir alguns padrões de saúde. Ocorre uma compulsão consumista de produtos de saúde, de serviços médicos-estéticos e de medicamentos que ocupam um importante lugar em todos os países de economia de mercado (51).

Os elementos elencados por Foucault são fundamentais para compreender que a cooperação internacional em saúde, tanto a norte-sul, que reafirma as relações de poder entre países do norte em relação ao sul, quanto a cooperação sul-sul, nascida como proposta mais orgânica e simétrica entre países com similaridades contextuais, estão dentro desse paradigma da intervenção médica, que teve sua genealogia remontada pelo autor.

A gestão dos corpos, por parte de um Estado que normatiza e aplica suas diretrizes, é problemática na medida em que estamos no contexto da globalização e muitas regras são homogeneizadas em âmbito internacional. A quem interessa esse nivelamento de normas? Talvez a um mercado crescente que lucra milhões com a venda de medicamentos e materiais de higiene.

O Estado é entendido como a esfera em que todos os interesses encontrados na sociedade podem chegar a uma “síntese”, isto é, como o locus capaz de formular metas coletivas, válidas para todos. Para isso se

exige a aplicação estrita de “critérios racionais” que permitam ao Estado canalizar os desejos, os interesses e as emoções dos cidadãos em direção às metas definidas por ele mesmo. Isto significa que o Estado moderno não somente adquire o monopólio da violência, mas que usa dela para “dirigir” racionalmente as atividades dos cidadãos, de acordo com critérios estabelecidos cientificamente de antemão (52) (p.2).

Um grande marco de nosso modelo social é a criação do Estado moderno, enquanto entidade responsável pela regência da sociedade supostamente democrática. Estamos convencidos da importância do Estado e sua gestão nos dias atuais, principalmente nessa conjectura onde os interesses financeiros, de alguma maneira, regem as relações pessoais e internacionais.

A política econômica e social do Estado brasileiro, principalmente nas duas últimas décadas, conferiu ao capitalismo brasileiro características relativamente estáveis que permitem que falemos em um novo modelo de desenvolvimento capitalista. Tal modelo, designado neoliberal, pode ser definido por um contraste com o modelo que o antecedeu, o desenvolvimentista, tanto na sua fase nacional reformista (1930-1964) quanto na pró-monopolista da ditadura militar (1964-1985).

As principais diferenças são: “o ritmo do crescimento econômico cai, o papel do Estado como empresário e provedor de serviços declina, a prioridade ao crescimento e ao desenvolvimento industrial desaparece, a desnacionalização da economia nacional amplia-se e os direitos sociais e trabalhistas sofrem um processo de redução ainda maior do que aquele que sofreram durante a fase ditatorial-militar do modelo desenvolvimentista” (53) (p.60).

a sociedade ou o Estado, ou o que deve substituir o Estado, tem essencialmente a função de incumbir-se da vida, de organizá-la, de multiplicá-la, de compensar suas eventualidades, de percorrer e delimitar suas chances e possibilidades biológicas (40) (p.313).

Atualmente, podemos nos remeter às leis do mercado como ordenadoras, na medida em que o indivíduo passa a existir enquanto consumidor, a partir dessa configuração, surge uma nova forma de gestão da vida baseada nas ideias de liberdade e de risco (54). Desse modo, é possível falar de uma nova regulamentação da vida, centrada na gestão privada e mercadológica dos riscos, e torna-se claro que esta pouco se assemelha àquela do governo moderno, efetivada por meio de mecanismos estatais de controle, orientada pela norma (55).

Portanto, falar de saúde é falar de sociedade, embora algumas linhas da medicina tenham tomado outros rumos, em conformidade com o paradigma contemporâneo da especialização profissional unívoca, em oposição à formação

holística de caráter mais amplo. Essa conjuntura nos remonta às origens da atenção ao problema da saúde enquanto estratégia social e política, que não se limitam às fronteiras das nações.

O termo saúde global, atualmente utilizado nos discursos acerca das agendas internacionais, nos evoca ao primeiro passo em relação às desigualdades globais em saúde, que é mostrar a injustiça da situação atual, para posteriormente solucionar essas desigualdades (56).

Saúde internacional era um termo usado com considerável frequência no final do século XIX e no início do século XX, referindo-se especialmente ao controle de epidemias, ultrapassando fronteiras, ou seja, internacionalmente (57). Saúde global indica a consideração das necessidades de saúde da população de todo o planeta, colocando-a em um patamar acima dos interesses particulares das nações.

No entanto, essa preocupação global com a saúde pode ter algumas consequências delicadas de se resolver. Os estudos sobre a vulnerabilidade dos povos indígenas (58), por exemplo, apontam para uma questão crucial: Como harmonizar as epistemes de diferentes povos, sem impor conceitos hegemônicos? Vemos o quão problemática é a implementação das práticas de saúde pública em nações indígenas no Brasil e, podem ainda ser mais problemáticas, quando envolvem comunidades tradicionais de outros países, sobre os quais não dispomos de estudos antropológicos, para melhor conhecer suas estruturas sociais e relações internas de poder.

### 3.2 O LUGAR DA BIOÉTICA EM INTERFACE COM O EXERCÍCIO DO BIOPOPOLÍTICA

As relações conceituais entre biopoder, biopolítica e bioética podem ser detectadas analisando a referência comum ao prefixo *bíos*. Contudo, o conceito de “bio” não é necessariamente o mesmo nessas três definições (59). Ao tratar de bioética, nos reportamos à ética aplicada às ciências da vida, diferentemente do poder sobre a vida.

Vivemos um estado mundial de transição, onde países que foram subjugados pela colonização ressurgem e se unem em prol de um crescimento compartilhado. O enfoque latino-americano que podemos dar a este ramo do conhecimento cunhado de “bioética” é de relevância ímpar, justamente para equiparar as teorias aos processos históricos de onde elas surgem. As reivindicações e propostas epistemológicas voltadas para essa ética aplicada são comumente advindas de interesses intrínsecos ao próprio momento em que se está vivendo e de quais os atores envolvidos.

O século XXI trouxe novidades, entre elas a crise econômica e o fracasso do modelo neoliberal de mercado, com piora da situação e aumento da vulneração para as populações mais pobres do mundo. A bioética não ficou imune a tudo isso. Pelo contrário, os conceitos diretamente relacionados com a expansão desenfreada do modelo de capitalismo globalizado foram também diretamente aplicados ao contexto conceitual e prático da bioética em diversas situações (60) (p.12).

A análise histórica da bioética demonstra a plasticidade do seu conceito, podendo ser aplicada tanto para legitimar e justificar a exploração e a desigualdade, privilegiando o capital, quanto pode estar voltada à práxis social e ao amparo dos vulneráveis, com a elaboração de novas categorias de base.

Nascimento e Garrafa (61) chamam atenção para o fato de que o saber e o poder andam juntos e produzem efeitos de verdade que individualizam e, concomitantemente, totalizam o sujeito nas estruturas políticas através de tecnologias disciplinares que objetivam moldar um corpo dócil e produtivo, que facilite a distribuição, a organização e a supervisão de todos no espaço social.

Desta forma, podemos concluir que o próprio discurso bioético hegemônico produzido no centro, pode constituir um dispositivo disciplinar de aceitação do desenvolvimento tecnológico em suas formas atuais de produção e distribuição. As

bioéticas latino-americanas surgem contra a hegemonia, por vir dos países periféricos, constituindo uma visão “desde o sul” diferentemente dos modelos hegemônicos que partem de países centrais colonizadores.

As tentativas latino-americanas de construir um aparato epistemológico para a bioética são voltadas para a emancipação dos vulneráveis, ao respeito aos direitos humanos, promoção da solidariedade social, ênfase no papel do Estado, a depuração de políticas públicas corruptas, a recuperação do diálogo civil e o desenvolvimento de uma ética de proteção a serviço dos vulneráveis (62). O enfoque dado pelos países hegemônicos, de alguma maneira ignora a desigualdade social entre pessoas, povos e países, ao contrário das bioéticas latino-americanas, que colocam a desigualdade em evidência.

Haja vista que as verdadeiras causas da emergência da bioética foram as novas dinâmicas sociocultural e econômico-política de gestão da vida, o surgimento da bioética está intimamente ligado à constituição do biopoder (63). Junges argumenta que o direito à saúde é afetado pelas novas configurações de biopoder, cujas intervenções não são mais determinadas pelo Estado e sim pelo “poder simbólico do mercado” (64) (p.285).

Temos então, um controle biopolítico, que se vê nos dias de hoje, com uma nova roupagem. Antes era manifesto como gestão calculadora, por parte do Estado, da vida biológica dos corpos e das populações, e hoje pode ser visto como o agenciamento simbólico das técnicas e serviços da saúde por parte da empresa biotecnológica. Nos dois casos os mecanismos políticos estão presentes, no entanto, o primeiro numa perspectiva biológica e o segundo, mais sutil, de cunho consumista e simbólico (64) (p. 290).

A aprovação da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, em 2005, durante a 33ª Conferência Geral da UNESCO, significou a legitimação de muitas das reivindicações advindas dos países do sul (62). Antes dessa data, o direcionamento dado ao tema reduzia a bioética a questões estritamente voltadas aos campos biomédico e biotecnológico, oriundos dos interesses dos países desenvolvidos, os quais não se interessavam em ampliar sua pauta (65).

Em suas diretrizes foi dada uma importância maior às perspectivas que vem sendo defendidas pelos países ditos do sul, como a inclusão das questões sanitárias e outras. Ao mesmo tempo, como obra construída em discussão democrática, perde-se também algo que Declaração não defende explicitamente, que são os sistemas

nacionais de saúde universais e gratuitos, mantendo como muitos outros documentos de organismos internacionais a noção de acesso a bens e serviços, onde o Estado seria mais um consumidor.

O artigo 24 – *Cooperação Internacional*, presente na *Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (66)*, diz:

- a) *Os Estados devem promover a disseminação internacional da informação científica e estimular a livre circulação e o compartilhamento do conhecimento científico e tecnológico.*
- b) *Ao abrigo da cooperação internacional, os Estados devem promover a cooperação cultural e científica e estabelecer acordos bilaterais e multilaterais que possibilitem aos países em desenvolvimento construir capacidade de participação na geração e compartilhamento do conhecimento científico, do know-how relacionado e dos benefícios decorrentes.*
- c) *Os Estados devem respeitar e promover a solidariedade entre Estados, bem como entre indivíduos, famílias, grupos e comunidades, com atenção especial para aqueles tornados vulneráveis por doença ou incapacidade ou por outras condições individuais, sociais ou ambientais e aqueles indivíduos com maior limitação de recursos.*

Essas intervenções programáticas do Estado sobre a organização de bens e serviços de saúde, visando atingir populações, enquadram-se no escopo do que Foucault definiu de biopolítica. Tal conceito pode ser muito útil às reflexões bioéticas que se debruçam sobre conflitos gerados pelas intervenções dos Estados e ou suas instituições representantes. Até que ponto as populações estão sendo geridas pelo Estado, para seu benefício comum? E de que forma os governos podem se articular para fins cooperativos, sem sobrepujar suas populações mais vulneráveis? São questões que emergem dessa análise.

As avaliações sobre as condições de vida e saúde nas diferentes partes do mundo revelam discrepâncias entre os padrões de bem estar, de riqueza e entre as condições sanitárias da maioria das populações, o que instiga uma investigação ética, tanto na explicação desses fenômenos como na escolha de alternativas para equacionamento dos mesmos (28). A busca por compreender como as relações de

poder entre países e entre suas próprias populações, faz emergir o papel da bioética nas relações internacionais onde se faz necessário avaliar as articulações biopolíticas em torno da cooperação sul-sul em saúde.

Os três parágrafos descritos da DUBDH (66) fazem referência ao Estado, de modo que se espera um resgate das forças estatais para articular as cooperações. A grande dificuldade se dá exatamente quando esses Estados perdem força para os mercados, de modo que os preceitos éticos são sobrepostos por interesses econômicos. Vivemos uma crise de valores, como é o caso da medicina, do meio ambiente, do mercado financeiro e outras. Não há país que possa ser considerado como desenvolvido, tendo as condições de saúde precárias (67). Assim, a ineficiência do sistema nacional de controle e avaliação das políticas públicas em saúde gera a necessidade de formação e capacitação de indivíduos para lidar com temas de cunho social e estratégico.

Do ponto de vista da organização política da sociedade para um novo modelo, que necessariamente envolve interesses e lutas por poder na relação entre as pessoas e grupos sociais e no território, a saúde possui vínculo intrínseco. A organização política da saúde tanto reflete e reforça as desigualdades existentes quanto constitui um espaço estratégico de fortalecimento da organização da sociedade, sendo notório seu potencial para gerar participação democrática e arranjos sociais com potencial transformador (67) (p.14).

Contudo, mudanças internas passam por reformas políticas e de educação, ou seja, as orientações da política externa brasileira no que se refere à cooperação em saúde devem estar de acordo com as formulações bioéticas adotadas internamente, como no caso da Resolução 196/96 (hoje 466/12), que se dirige a normas para pesquisa com seres humanos (68). Pretende-se primar por essa análise mais profunda, que abrange, também, questões filosóficas e antropológicas, no escopo da saúde.

A saúde é uma questão social por natureza e origem. Embora essa origem não remonte uma responsabilidade altruísta e sim a diminuição de pestes e calamidades públicas advindas de más condições urbanas (47). Diante desse quadro, é necessária uma instância externa para gerir as devidas mudanças e assegurar uma transformação social. Nesse contexto, temos o corpo do indivíduo e o corpo das populações, como traços biológicos que se tornam pertinentes a uma gestão econômica que requer organização e cuidado.

### 3.3 BIOÉTICAS LATINO-AMERICANAS: NO CONTRA-FLUXO DO DISCURSO HEGEMÔNICO

Os latino-americanos inauguram novas formas de conceber a bioética, que congrega modelos e tendências ideológicas com características similares, baseados em um pensamento crítico, que buscam desvelar os interesses por trás dos discursos hegemônicos da bioética, centrados em uma despolitização dos conflitos éticos envolvendo as ciências da vida, nas relações interpessoais no campo da saúde e na priorização de questões envolvendo novas tecnologias.

A ênfase é dada às injustiças e iniquidades historicamente constituídas, tanto em relação às exclusões em saúde de sujeitos e grupos, quanto na disparidade de acesso aos benefícios do desenvolvimento tecnológico.

Os fundamentos dessas novas linhas de bioética advindas dos países historicamente prejudicados pela colonização estão ligados à proteção das camadas populacionais mais vulneráveis e à compreensão mais profunda das relações entre Estado e Mercado na produção e distribuição de tecnologias desde as mais antigas como medicamentos essenciais até as biotecnologias de última geração.

Temos a *Bioética de Intervenção*, elaborada por Dora Porto e Volnei Garrafa (69). Consiste na legitimação de uma perspectiva ampla, que envolva os aspectos sociais da produção das doenças, de modo que se construa uma bioética de caráter crítico que possa ser aplicada nos países periféricos, como o Brasil. A Bioética de Intervenção prioriza as políticas que abrangem o maior número possível de pessoas, com o máximo de duração e melhores consequências, em termos coletivos. Já na esfera individual, busca soluções viáveis para conflitos localmente identificados, levando em consideração o contexto em que ocorrem as contradições.

Um dos seus focos centrais é a “defesa da ideia de que o corpo é a materialização da pessoa, a totalidade somática na qual estão articuladas as dimensões física e psíquica que se manifestam de maneira integrada nas inter-relações sociais e nas relações com o ambiente. A escolha da corporeidade como marco das intervenções éticas se deve ao fato de o corpo físico ser inequivocamente a estrutura que sustém a vida social, em toda e qualquer sociedade” (69) (p. 116). Entre os referenciais norteadores da bioética de intervenção, destacam-se os direitos humanos contemporâneos, compreendidos como instrumentos éticos de controle social, com ênfase na equidade (70).

Outra linha importante é a *Bioética de Proteção* (71), que trata de problemas morais decorrentes da vulneração humana, devida à diferença na condição existencial de alguns humanos que estão submetidos a danos e carências concretas. Ela surgiu a partir do corpo teórico-prático da bioética tradicional, com a incumbência de adaptá-lo aos conflitos em saúde pública na América Latina, tais como a exclusão social, a destruição ambiental e outros. De acordo com seu principal mentor, Fermin Roland Schramm, “a expressão Bioética da Proteção contém dois conceitos: 1) "bioética", com o significado genérico de "ética da vida", e 2) "proteção", que indica uma prática consistente em dar amparo a quem necessita e que se refere à função principal do ethos” (71) (p.13).

A *Bioética centrada nos Direitos Humanos* é uma bioética que busca a universalização dos valores e deveres morais contidos nos direitos humanos, embora se oponha expressamente à bioética liberal-pragmática. Quais são as razões para essa ênfase na dignidade humana em bioética? A prática biomédica é estreitamente relacionada aos mais elementares direitos humanos, nomeadamente os direitos à vida, à integridade física, à privacidade, ao acesso aos cuidados básicos de saúde, entre outros (72).

Ela se conjuga com diferentes vertentes, “como a corrente fundamentada na teoria ética das virtudes, do cuidado, baseada no gênero ou com uma bioética personalista; o que ela tem de original e particular é o referencial dos direitos humanos como pauta de moralidade única que atravessa todas as correntes” (70) (p.107). Trata-se de uma bioética diferenciada, que enfrenta a posição das bioéticas neoliberais que se pretendem globais (73).

### 3.4 A BIOÉTICA CRÍTICA, UMA NOVA ABORDAGEM

Mais recentemente Lorenzo e cols (74) vêm desenvolvendo um novo modelo teórico fundamentado em elementos da Teoria Crítica, da Escola de Frankfurt, que reúne intelectuais de distintas áreas do conhecimento para o estudo das obras de Karl Marx, com intuito de gerar conhecimentos que contribuam para a emancipação dos sujeitos e comunidades vitimadas pela exploração do desenvolvimento capitalista.

Neste modelo, autores da primeira geração da Escola de Frankfurt, tais como Horkheimer, Adorno e Marcuse, são utilizados como fundamentos para a análise dos limites da ciência, compreensão da ideologia por trás da racionalidade científica, relações entre mercado e Estado, formação e atuação do complexo científico-tecnológico-industrial.

A ação comunicativa de Habermas (75) é tida como um fundamento procedimental de decisões éticas, reconhecendo-se seus limites e apontando a direção de necessidade de complementariedade através da obra de Axel Honneth (76), sobre reconhecimento e dos estudos da colonialidade, tanto como crítica ao ideal de modernidade europeia, concebida como auge de produção epistemológica e cultural que inferioriza os demais povos, quanto pela importância da noção de raça como mediadora das relações de poder entre os Estados.

Podemos resumir as diretrizes analíticas da Bioética Crítica, na seguinte forma:

- a) A história é considerada uma fonte de conhecimento primorosa na análise das estruturas sociais, suas origens e consequências atuais. Tanto a nível internacional, como no caso da exploração dos continentes americano, africano e asiático, que nos reportam ao panorama vigente de disparidade no desenvolvimento destes continentes em relação à Europa. Como a nível nacional, no que se refere aos estigmas da exclusão de alguns grupos sociais no Brasil, como negros, índios e grupos LGBT. A Bioética Crítica busca uma compreensão dos fatores históricos que geraram tais injustiças, analisando o papel da religião, do Estado, da escola e da grande mídia, pois estes são mediadores e anunciadores de princípios e conflitos morais.

- b) A bioética crítica incorpora os estudos da Colonialidade do Poder e do Saber (77). Estes estudos, que serão aprofundados mais adiante, colocam em evidência as formas de dominação iniciadas na modernidade, cuja noção de raça serviu para legitimar a escravidão e a exploração de um modo geral. É ressaltada a importância do respeito aos saberes de populações que foram excluídas do processo de desenvolvimento imposto pelos colonizadores. A busca por solucionar conflitos éticos no campo das ciências, da saúde e do meio ambiente parte da negação da importação acrítica de modelos teóricos formulados por países com antecedentes colonizadores, justamente pelo reconhecimento dos saberes locais e da devida valorização dos mesmos, sem hierarquização.
- c) A negação da neutralidade moral e ideológica da ciência. Sob a ótica da Bioética Crítica, a ciência nasce de um ideal de dominação, tanto em relação à natureza quanto em relação a outros povos, culminando no modelo de desenvolvimento vigente. Ocorreu uma alienação do cientista, fazendo com que ele não se responsabilize pelo modo que as pesquisas científicas são feitas e suas consequências, muitas vezes danosas ao meio ambiente e até mesmo para seres humanos, tidos como vulneráveis. Busca-se compreender as relações entre Estado e Mercado, suas influências para a Saúde Coletiva, de modo que a investigação não se restrinja à dicotomia risco-benefício.
- d) A quarta e última diretriz é concernente ao processo de tomada de decisão para a proposição de soluções de conflitos ou elaboração de normas de forma inspirada na Ética do Discurso e na Teoria da Ação Comunicativa de Habermas. Este autor sugere que as perspectivas universalistas e relativistas sejam conciliadas por uma *ética comunicativa* (75). A ética comunicativa é uma possibilidade concreta de adequação com vistas ao encaminhamento das tomadas de decisão nas práticas de saúde. Partindo da construção de espaços democráticos de discussão, onde os envolvidos tenham o mesmo direito de falar e de ser ouvido pelos demais, com o devido respeito (78).

Cunha (79) trouxe uma importante contribuição para este modelo em recente tese de doutorado no programa de pós-graduação em Bioética da UnB, sobre orientação de Lorenzo, ao integrar o pensamento de Cox (80), quando abordou sob uma perspectiva bioética as questões de saúde global. O conteúdo dessas reflexões

são, também, úteis à compreensão do problema da cooperação internacional em saúde.

Cox elenca três forças que norteiam a formação da ordem mundial vigente, onde as relações de poder vigoram de diferentes maneiras, seja operando nos interesses nacionais ou também nos interesses das classes dominantes das diferentes sociedades civis particulares (81).

A primeira força está relacionada à noção de “Capacidades Materiais”, que está atrelada aos recursos e aos meios de produção, sobrepujadas por determinadas classes por meio de relações de poder. A segunda se refere às “Ideias”, que se dividem em duas categorias: 1) noções intersubjetivas sobre as relações sociais que perpetuam hábitos e comportamentos; 2) imagens coletivas que legitimam as relações de poder recorrentes na ordem social. A terceira força age por meio das “Instituições”, que ligam as capacidades materiais e as ideias, tendo o papel de estabilizar uma dada ordem por meio da propagação de imagens coletivas concernentes às relações de poder dominantes (82).

Para Cox, não há produção teórica desinteressada. Para tanto, ele traça duas categorias, que é a científica, derivada do positivismo científico, cujo propósito é a resolução de problemas. Hoje vemos um quadro de fragmentação da teoria científica que gera as especialidades, ignorando a totalidade histórica e social, o que impede a possibilidade de uma crítica aprofundada da ordem vigente. A segunda categoria, que ele chama de teoria filosófica, tem um aspecto crítico que investiga e questiona a ordem estabelecida em busca de alguma transformação. Esta se opõe à primeira, por focar nas origens das relações sociais, levando em consideração a história e não apenas dados fixados no tempo e no espaço, como no caso das teorias para resolução de problemas (80).

Para este autor, a globalização remonta uma hierarquia social que vai além das fronteiras nacionais, onde temos uma internacionalização de padrões que perpetuam as relações de poder, formando três níveis de inserção: integrados, precarizados e excluídos.

Os primeiros são aqueles privilegiados pela economia global, como a própria definição diz, estão “integrados” na máquina reprodutiva dos setores públicos e privados, numa posição de relativo bem-estar. Os “precarizados” são aqueles que servem à economia global com baixos salários, pouca perspectiva de carreira profissional e são facilmente substituíveis devido ao baixo nível de instrução. Por

fim, os “excluídos”, que são aqueles grupos ou países que não se encaixam no sistema produtivo, considerados descartáveis pelo mercado financeiro global (81).

Por fim, Cox traz o conceito de “grande nebulosa” (81), no qual a Bioética Crítica aplica no campo da saúde, fazendo emergir o conceito de “nebulosa da saúde global”. Essa nebulosa é como um composto difuso e volátil, embora de devida densidade pelo fato de ser constituída por instituições, grupos, reuniões e eventos ocultos ou declarados que reproduzem padrões hegemônicos na organização do poder em nível global. Os atuantes dessa nebulosa se encontram em instituições como a Comissão Trilateral, Fórum Econômico Mundial, Organização Econômica para a Cooperação e Desenvolvimento (OCDE), Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial, Organização Mundial do Comércio (OMC) e outros.

No âmbito específico do que a Bioética Crítica nomina como “nebulosa da saúde global” pode-se identificar a participação de agências multilaterais como a Associação Médica Mundial (AMM), o Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) e a própria Organização Mundial da Saúde (OMS), além de grupos privados e organizações não-governamentais como a Fundação Rockefeller, a Fundação Gates, o Fundo Global de Saúde, a ONG Wellcome Trust, Centro Internacional Fogarty [...] a governança do capitalismo global ocorre em um processo multinível determinado nos planos nacionais pelo equilíbrio de forças sociais domésticas e no nível transnacional pelas instituições e grupos difusos que definem a gestão da economia global por meio dos regramentos a serem assimilados pelas economias locais (79) (p.77).

A única maneira de ir de encontro a essa grande nebulosa que permeia as relações de governança por outras vias que não a governamental estatal, seria o que Cox vai chamar de “contra-nebulosa” (81). Para ele, a noção de civilização não deve estar atrelada ao território físico, e sim como construto social, influenciado processo histórico de cada sociedade. Hoje vivemos um momento de intercivilização, em que um modelo hegemônico é imposto, sob a égide da globalização. Para tanto, deveria haver uma resposta a isso, por parte de forças locais e globais, de resistência, enfrentamento e construção.

Acredita-se que por meio do reconhecimento da pluralidade histórica e civilizacional, onde as vozes que foram marginalizadas possam ser respeitadas, é possível alguma mudança nesse quadro global.

A questão da cooperação internacional implica necessariamente em encontros de culturas distintas. Para tanto, um debruçamento sobre as implicações éticas que

emergem das relações internacionais no campo da saúde, que são também relações culturais é de suma importância. Uma análise bioética do problema requer uma melhor fundamentação do tema da interculturalidade.

O tema da injustiça social se faz presente, como um ponto de partida para a elaboração de esquemas analíticos, que possam facilitar a lida com as relações de poder, sempre presentes em qualquer tomada de decisão coletiva. O reconhecimento de que existem pessoas diferentes e culturas diferentes que precisam dialogar para finalidades práticas, é algo que requer uma abordagem do que foi o projeto moderno e suas consequências catastróficas para as relações interculturais.

### **3.5 A INTERCULTURALIDADE E OS DESAFIOS DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE**

O projeto civilizatório da modernidade tem como ingredientes principais os conceitos de universalidade, individualidade e autonomia (83). A universalidade significa que ele visa todos os seres humanos, independentemente de barreiras nacionais, étnicas ou culturais. A individualidade significa que esses seres humanos são considerados como pessoas concretas e não como integrantes de uma coletividade, e que se atribui valor ético positivo à sua crescente individualização. A autonomia significa que esses seres humanos individualizados são aptos a pensarem por si mesmos, sem tutela da religião ou da ideologia, a agirem no espaço público e a adquirirem, pelo seu trabalho, os bens e serviços necessários à sobrevivência material.

Esses três conceitos são interligados, formando o tripé da modernidade. É notável que um precisa do outro para se manter, numa relação de interdependência. Universalidade, individualidade e autonomia tomam grandes proporções com o projeto etnocêntrico europeu, que acarretou na expansão marítima e na violenta colonização da América e da África (83). Como bem elucida Fleuri (84):

De modo particular, no mundo ocidental a cultura europeia tem sido considerada natural e racional, erigindo-se como modelo da cultura

universal. Desse ponto de vista, todas as outras culturas são consideradas inferiores, menos evoluídas, justificando-se, assim, o processo de colonização cultural. A doutrinação, nesta perspectiva, era interpretada como uma forma de ajuda que os povos "desenvolvidos" dirigem aos "subdesenvolvidos" para favorecer o seu crescimento. Da mesma forma, considerava-se necessário combater todas as formas "erradas" de pensamento mítico, religioso, popular, consideradas contrárias ao pensamento científico-racional: a superstição deveria ser eliminada para ceder lugar a verdades racionais e objetivas (84) (p.18).

O amadurecimento da sensibilidade voltada às diferenças culturais é uma conquista recente, embora o problema do encontro e do conflito entre culturas é antigo. As perspectivas etnocêntricas, ainda pretendem impor o próprio ponto de vista como o único válido. Sendo um dos principais valores da ética contemporânea, o respeito à diferença, com esse processo global de homogeneização, nos deparamos com o impasse da responsabilidade que é lidar com a diferença, com o externo e o outro.

O movimento da racionalidade moderna comporta essa problemática do que sejam os elementos universalizáveis, quando se trata de práticas e intervenções humanas. Os elementos sociais e os elementos biológicos são complementares e, ao se conectarem, desembocam em um dilema, quer seja no âmbito micro, quer seja no âmbito macro.

O conceito de *interculturalidade* vem à tona, mostrando alguns dos problemas característicos de nosso tempo. De acordo com o Relatório Mundial da UNESCO (85):

O diálogo intercultural depende em grande medida das competências interculturais, definidas como o conjunto de capacidades necessárias para um relacionamento adequado com os que são diferentes de nós. Essas capacidades são de natureza fundamentalmente comunicativa, mas também compreendem a reconfiguração de pontos de vista e concepções do mundo, pois, menos que as culturas, são as pessoas (indivíduos e grupos com as suas complexidades e múltiplas expressões) que participam no processo de diálogo (85) (p.9).

Para a OPAS/OMS, a cooperação sul-sul deve promover laços de solidariedade para o intercâmbio e a difusão de conhecimentos e tecnologias que favoreçam o desenvolvimento bem sucedido em toda a Região. Para tanto, o Ministério da Saúde/FIOCRUZ e a Representação da OPAS/OMS no Brasil estão desenvolvendo um Programa de Cooperação Internacional em Saúde (TC-41), que congrega iniciativas em andamento nos diversos países da Região.

Tal iniciativa corresponde a uma das orientações atuais da Direção da OPAS/OMS, que recomenda o desenvolvimento de projetos a partir dos próprios

países, visando uma dinamização desses processos de cooperação técnica e intercâmbio, de forma mais interativa entre as instâncias descentralizadas da Organização e dos países (86).

Essas definições possuem um aspecto romântico, que não aprofunda a questão das diferenças culturais e as violências simbólicas envolvidas nas intervenções internacionais, embora intentem uma harmonização cultural ancorada na cooperação supostamente solidária entre Estados-Nação.

Trata-se da constante tentativa de respeitar as diferenças e de integrá-las em uma unidade que não as anule. Ou seja, o conceito de interculturalidade está vinculado tanto às diferenças étnicas e culturais, de gênero e de gerações, como em relação à distinção entre os povos, a ser considerada nos equilíbrios internacionais e planetários. Vale também para a diversidade das propostas metodológicas, assim como para a possibilidade da articulação em rede das informações e dos novos saberes nas formas do pensamento complexo (87) (p.13).

Para Segatto há uma tensão entre a afirmação das identidades culturais frente ao papel do Estado, que perpetua a dependência por meio de uma colonização tácita que normatiza e regula as populações. Portanto, seriam contraditórias as afirmações de direito à autonomia de culturas distintas, na medida em que esse mesmo Estado elabora leis as quais tais culturas devem se adequar, muitas vezes, de maneira violenta (88).

O conceito de colonialidade do poder, desenvolvido por Aníbal Quijano (89) nos ajuda bastante a compreender como tem se dado na prática as relações interculturais, sobretudo quando envolve países centrais e periféricos. De acordo com o autor a colonialidade do poder é o padrão de poder que se constitui juntamente com o capitalismo moderno/colonial eurocentrado, que teve início com a conquista da América em meados de 1492 e que se estende a todo o sul geopolítico que inclui outros países que passaram pelo processo de colonização e dominação europeias.

A referência ao “sul” não se restringe ao geográfico, ou seja, o aspecto a ser evidenciado é o de que existe uma divisão histórica e política que privilegia os conhecimentos vindos do “norte” em detrimento daqueles vindos do “sul”, de modo que estamos falando de vozes silenciadas ao longo da história do colonialismo, que

sabemos que ainda persiste das maneiras mais tácitas e até mesmo escancaradas na atualidade, tendo reverberações na cooperação internacional em saúde.

Para ele ocorre uma colonialidade no exercício do poder, quando os dispositivos normatizadores do Estado são pautados numa relação colonial decorrente da expansão europeia. A modernidade cria normas dentro de seus estados com tentativas de homogeneizar dentro e fora. Assim se mantem os privilégios da Europa (exemplo: organização do comércio) com um fluxo que vai da periferia para o centro, concretizando a dinâmica estrutural do exercício de poder (89).

Daqui partiu o processo histórico que definiu a dependência histórico-estrutural da América Latina e deu lugar, no mesmo movimento, à constituição da Europa Ocidental como centro mundial de controle desse poder. E nesse mesmo movimento, definiu também os novos elementos materiais e subjetivos que fundaram o modo de existência social que recebeu o nome de modernidade (89) (p.9).

Mignolo (90) sugere que a matriz colonial do poder é uma complexa estrutura de níveis entrelaçados, tais como: o controle da economia; o controle da autoridade; o controle da natureza e dos recursos naturais; o controle do gênero e da sexualidade; e, por fim, o controle da subjetividade e do conhecimento. Portanto, não existe modernidade sem colonialidade, sendo esta constitutiva da modernidade e não derivada da mesma (91). Assim como não poderia haver uma economia-mundo capitalista sem as Américas (92). Castro-Gómez relaciona os estudos pós-coloniais com a genealogia da modernidade foucaultiana:

As teorias pós-coloniais demonstraram, no entanto, que qualquer narrativa da modernidade que não leve em conta o impacto da experiência colonial na formação das relações propriamente modernas de poder é não apenas incompleto, mas também ideológico. Pois foi precisamente a partir do colonialismo que se gerou esse tipo de poder disciplinar que, segundo Foucault, caracteriza as sociedades e as instituições modernas (52) (p.4).

Para Castro-Gómez (52), o conceito de “colonialidade do poder” amplia o conceito foucaultiano de “poder disciplinar”, de modo que os dispositivos erigidos pelo Estado moderno estariam circunscritos numa estrutura mundial, que transcende as fronteiras europeias, sobretudo no contexto da relação colonial entre centros e periferias oriundos da expansão marítima. Há uma dupla governamentalidade jurídica, voltada para os estados nacionais, criando identidades homogêneas com

políticas de subjetivação e, por outro lado, direcionadas para fora pelas potências hegemônicas, na tentativa de assegurar o fluxo de matérias-primas dos países periféricos em direção ao centro.

Durante as últimas duas décadas do século XX, a filosofia pós-moderna e os estudos culturais constituíram-se em importantes correntes teóricas que, dentro e fora dos recintos acadêmicos, impulsionaram uma forte crítica às patologias da ocidentalização [...] coincidem em apontar que tais patologias se devem ao caráter dualista e excludente que assumem as relações modernas de poder. A modernidade é uma máquina geradora de alteridades que, em nome da razão e do humanismo, exclui de seu imaginário a hibridez, a multiplicidade, a ambigüidade e a contingência das formas de vida concretas. A crise atual da modernidade é vista pela filosofia pós-moderna e os estudos culturais como a grande oportunidade histórica para a emergência dessas diferenças largamente reprimidas (52) (p.1).

Esses dois processos fazem parte de uma única dinâmica estrutural, que tem reflexos na compreensão das relações interculturais e especificamente naquelas provocadas por ações advindas de cooperação internacional em saúde. É inócuo falar em pluralidade e diversidade, sem que seja levada em consideração a questão do poder. Quem fala e quem escuta? Quem se julga verdadeiro em seu caráter local e quem quer universalizar seus conhecimentos e práticas?

Não se trata de fazer uma defesa às vítimas e um ataque aos opressores, mas sim de avaliar quais os elementos constitutivos dos modos que vivemos atualmente, em que reproduzimos alguns padrões que nos foram impostos e que continuam sendo estimulados pelos meios de comunicação, que são a forma contemporânea mais influente de gestão comportamental.

Não é novidade para ninguém que a teoria e a filosofia política foram predominantemente pensadas no Norte e para o Norte (93). É importante, entretanto, notar que há uma diferença analítica entre colonialismo, enquanto forma de dominação política e administrativa situada na relação entre metrópole e colônia, com colonialidade, que se refere a um padrão controle em proporções globais, feito de maneira aberta ou tácita. Dito de outra maneira, uma vez concluído o processo de colonização, a colonialidade ainda se faz presente num quadro de pensamento que legitima as diferenças entre as sociedades, os sujeitos e o conhecimento (94).

Seguindo essa linha, não podemos confundir os conceitos de descolonização e decolonialidade. O primeiro se refere ao processo de superação da colonização, associado às lutas por independência política e econômica das colônias. Já a decolonialidade está associada à transcendência histórica da colonialidade enquanto

projeto moderno com fortes resquícios na atualidade, uma vez que a colonização acabou, pelo menos em tese. Como mostram Restrepo e Rojas (94):

La colonialidad es el 'lado oscuro' de la modernidad. A diferencia de muchos teóricos de la modernidad, que sólo ven en ella un proyecto emancipador, la inflexión decolonial llama la atención sobre su cara menos visible (incluso oculta), que es la colonialidad. Si aquellos teóricos de la modernidad consideran al colonialismo como una 'desviación' o un 'momento' superado de la modernidad, para la inflexión decolonial la modernidad se encuentra indisolublemente asociada a la historia del colonialismo y a la colonialidad (94) (p.17).

Estamos vivendo um momento da história em que a ordem dualista e unidirecional de evolução propagada pelo “eurocentrismo”, desde o final da década de XVII, não funcionam mais enquanto modelos teóricos de compreensão de mundo. A complexidade e a contradição se mostram cada vez mais evidentes, situadas nesse novo mundo em plena constituição (89).

Desta maneira, não é possível conceber as relações interculturais que envolve práticas pensadas e executadas por um país em relação ao outro, sem estar atento às tendências coloniais de universalismo etnocêntrico, o eurocentrismo teórico, o nacionalismo metodológico, o positivismo epistemológico e o neoliberalismo científico.

Temos, portanto, historicamente constituído, um pilar fundamental para a arquitetura da exploração, dominação e colonização de povos e suas respectivas culturas e epistemologias. No entanto, vemos um movimento que nasce também do Ocidente, que é a reação desde dentro, improvisando teorias outras, de caráter crítico e contra-hegemônico. A cooperação sul-sul emerge nesse contexto, como uma forma de superação dos modelos verticais de cooperação norte-sul.

É importante, portanto, investigar em que medida as bases sobre as quais estão sendo construídos os acordos de cooperação sul-sul, favorecem vias para processos descoloniais de relação entre culturas e países, ou renova processos de colonialidade, entre países do sul economicamente emergentes, cada vez mais parecidos com o os países centrais e países do sul, significativamente mais distantes do centro da ordem mundial.

De acordo com esses referenciais teóricos, podemos ter elementos para avaliar se os documentos norteadores da cooperação sul-sul correspondem a uma nova forma de relação internacional, ou se reproduz velhos padrões de biopoder e de neo-colonização. Algumas indagações acompanharão essa análise, mesmo que não possam ser respondidas categoricamente. A pergunta central é: em que bases

estão estruturadas a cooperação sul-sul e quais os possíveis conflitos éticos que podem emergir dessa prática de cooperação?

## **4 DISCUSSÃO**

### **4.1 ANÁLISE CRÍTICA DE DOCUMENTOS NORTEADORES DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE**

Diante do referencial teórico desenvolvido para dar aportes críticos ao exame de alguns documentos internacionais importantes para a Cooperação Internacional em Saúde, sob uma perspectiva bioética desde o sul, será discutido, a partir de algumas categorias analíticas que emergiram desse referencial, alguns elementos que estejam claramente anunciados nos documentos e, também, aquilo que está ausente.

Por exemplo, a abordagem que os documentos fazem sobre o domínio do conhecimento científico e tecnológico, e se existem enunciados que representem algum esforço em evitar que sua transferência não venha favorecer as relações coloniais entre os países.

Outro ponto fundamental é se há um reconhecimento, pelo documento, das causas históricas que produziram as disparidades econômicas entre os países e a compreensão de que modificações emancipatórias que gerem saúde e bem estar dependem de mudanças mais profundas que aquelas que podem causar os acordos de cooperação internacional em saúde. Para tanto, é necessário também uma verificação da postura dos documentos diante da função das empresas privadas, instituições e organismos internacionais e das formas de estabelecimento de relações comerciais em torno da cooperação internacional.

Verificaremos também, a existência nos enunciados dos documentos, de uma naturalização da posse de capacidades materiais e de ideias, bem como da existência de populações vulneráveis, precarizadas e/ou excluídas do processo de cooperação em saúde.

Por fim, analisaremos a abordagem dada ao contexto de interculturalidade em torno da elaboração e implementação das ações previstas nos acordos de

cooperação internacional e o reconhecimento da importância das relações étno-raciais neste contexto.

Diversos documentos internacionais foram desenvolvidos com vistas a estabelecer diretrizes e novos paradigmas para a cooperação Sul-Sul em saúde. A BVS do Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde da Fiocruz (NETHIS) (96), disponibiliza uma série de documentos relacionados à cooperação sul-sul produzidos até o momento para todas as regiões do planeta.

Foram selecionados por conveniência três deles, representando três níveis distintos de abrangência geopolítica. Um de amplitude global, que marca o reconhecimento das Nações Unidas da importância da cooperação Sul-Sul, que é a *Resolução da Conferência de Alto Nível das Nações Unidas sobre Cooperação Sul-Sul* (14); um especialmente formulado para a região das Américas, intitulado “*A Saúde e as Relações Internacionais: seu vínculo com a gestão do desenvolvimento nacional da saúde*” (13) e, finalmente, o *Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa* (12), dentro do qual o Brasil assume um protagonismo evidente.

O ‘*Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS/CPLP 2009-2012)*’ (12), que anuncia a institucionalização da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) e traduz um propósito comum de projetar e consolidar os laços de amizade entre países de língua portuguesa. Intenta-se capacitar essas nações na defesa da democracia, na promoção do desenvolvimento e na criação de um ambiente internacional mais equilibrado e pacífico. A Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), que reúne Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe, Timor-Leste e a Guiné Equatorial teve sua criação sob o marco da Cimeira de Chefes de Estado e de Governo, realizada em 17 de Julho de 1996, em Lisboa (95).

Nos dias 11 e 12 de Abril de 2008, ocorreu a I Reunião de Ministros da Saúde da CPLP, realizada na Cidade da Praia, Cabo Verde. O Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS) da CPLP para o período 2009-2012 representa um compromisso coletivo de cooperação estratégica entre os Estados-membros da CPLP no sector da saúde. Foi aprovado a 15 de Maio de 2009, por ocasião da IIª

Reunião dos Ministros da Saúde da CPLP, no Estoril. Nele estão presentes sete eixos estratégicos, incluindo 21 projetos de desenvolvimento no setor da Saúde.

O documento *'A Saúde e as Relações Internacionais: seu vínculo com a gestão do desenvolvimento nacional da saúde'* (13) foi elaborado pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na data de 06 de Agosto de 2008. Trata-se de uma resolução e documento produzidos pelo 48º Conselho Diretor, na 60ª Sessão do Comitê Regional em Washington, D.C., EUA, 29 de setembro a 03 de outubro de 2008.

Por fim, o documento que é fruto da *'Conferência de Alto Nível das Nações Unidas sobre Cooperação Sul-Sul'* (14), realizada em Nairóbi, do dia primeiro ao terceiro de Dezembro, 2009. O documento foi aprovado em Dezembro de 2009 pela Assembleia Geral da ONU e é composto por vinte e dois parágrafos que procuram revigorar e reforçar a cooperação Sul-Sul. Chefes de delegações e representantes de governos se reuniram em Nairóbi, no Quênia, por ocasião do trigésimo aniversário da Conferência de 1978 das Nações Unidas sobre Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento, realizada em Buenos Aires, Argentina, que produziu o Plano de Ação de Buenos Aires para a Promoção e Implementação da Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento.

Ao analisarmos os documentos, encontramos uma diferença significativa de abordagem entre os dois documentos elaborados no contexto das Nações Unidas (ONU e OPAS) e o documento da CPLP.

A Resolução das Nações Unidas reconhece no seu 12º enunciado, a existência de diferenças na concepção da cooperação sul-sul: *"We recognize that South-South cooperation takes different and evolving forms, including, inter alia, the sharing of knowledge and experiences, training, technology transfer (...)"*, mas ao estabelecer um dos objetivos no seu 20º enunciado: *"emphasize the need to promote, including through South-South cooperation, access to and the transfer of technology."*, onde esse *"inclusive por meio da cooperação sul-sul"* revela o reconhecimento de que o papel de promover o acesso ao conhecimento e transferir tecnologia é próprio dos países do norte.

Isso se torna problemático quando a transferência é feita de maneira vertical. Conforme o documento aponta, a cooperação sul-sul é complementar à cooperação norte-sul. De fato vive-se uma transição em que não é possível romper totalmente com o modelo de ajuda internacional pautado na transferência vertical de saberes e práticas.

Os interesses dos atores envolvidos podem ser os mais diversos. A principal característica da cooperação sul-sul é a horizontalidade, ou seja, são países de características históricas similares que começam a dialogar entre si, partindo do princípio de que saíram da condição de ser apenas ajudado, para a condição de ajudar.

No documento final de Nairóbi, parágrafo quinto, há o reconhecimento da importância dos países não-alinhados na promoção da cooperação Sul-Sul, o que demonstra o diferencial da horizontalidade, presente na relação entre países não só do sul geográfico, mas que comungam de uma historicidade de exploração semelhante. Isso reverbera no campo da saúde, na medida em que os problemas de saúde ultrapassam fronteiras, como é dito na página seis do documento da OPAS:

No mundo atual, as políticas e as ações sanitárias locais e nacionais requerem cooperação internacional e intervenções coletivas transnacionais para garantir a saúde das populações, sobretudo diante problemas da saúde e riscos que ultrapassam fronteiras. Neste contexto, existe cada vez mais um reconhecimento que a estrutura, as regulamentações e as formas de organização de todos os estados precisam melhorar substancialmente para incluir e beneficiar a todos, reduzindo os níveis da exclusão dos processos do desenvolvimento (13) (p. 6).

Na declaração de Nairóbi, há uma passagem que coloca a pobreza como um dos elementos da crise global (14) (p.4), juntamente com os fenômenos da fome e da mudança climática, dentre outros. Ora, essa crise tem suas origens e seus dispositivos de perpetuação e, o principal deles, é a ciência como instrumento de dominação, onde o desenvolvimento científico e tecnológico é colocado como meta a ser alcançada por todos, por meio de dispositivos normatizadores de amplitude transnacional.

Na genealogia foucaultiana da medicina moderna, dentro do contexto do capitalismo, a vida é despida de seu aspecto político, passando a ser vista de maneira meramente biológica, passível de um ajuste estatal que guarda fortes

interesses políticos. Essa biopolítica tem a ciência e a tecnologia como seus principais instrumentos de dominação. Seguindo essa linha de raciocínio, o documento da OPAS traz o seguinte ponto:

Nos últimos dez anos, a saúde passou a ser um assunto de crescente importância dentro da agenda política mundial. No campo das relações internacionais cresceu a compreensão de que existe um amplo leque de assuntos sanitários e de consequências para a saúde com o desenvolvimento científico e tecnológico acelerado, que transcendem as fronteiras nacionais e que requerem a ação mundial (13) (p.4).

A saúde passou a ser um dispositivo transnacional de ajuste nos moldes do desenvolvimento, ditada pelos países ditos do norte, que normalmente são portadores das tecnologias de produção e reprodução desse modelo vigente de desenvolvimento, que prezam pelo crescimento econômico em primeira instância. Foram constatadas diversas passagens nos documentos que ressaltam o estado de interdependência, mas sem demonstrar os meandros históricos que levaram a essa situação.

Vemos, na realidade, que a interdependência entre os países não se dá de maneira simétrica, como bem apontam as bioéticas latino-americanas, entre as quais a Bioética Crítica. Por meio da colonização simbólica, que persiste nos dias atuais, os países mais ricos se relacionam com os mais pobres no sentido de manter as relações de poder em que uns ditam as regras e outros são impelidos a se enquadrarem, sobre pena de serem excluídos das relações comerciais internacionais.

Outro elemento importante é o destaque dado, no documento da ONU, à função dos fundos específicos dos organismos internacionais como via principal para o financiamento, como demonstra o 10<sup>o</sup> enunciado: *“We reaffirm the key role of the United Nations, including its funds, programmes, specialized agencies and regional commissions, in supporting and promoting cooperation among developing countries”* entre os quais se encontra, por exemplo, o Banco Mundial, onde sabidamente a influência de países ricos e pobres nas decisões é bastante assimétrica.

Essa naturalização da posse do saber e da ciência e com tonalidades claramente coloniais é reforçada pela absoluta falta de orientação relacionada aos conflitos de interesse que podem envolver empresas e instituições privadas em sua

participação nos acordos de cooperação internacional em saúde. A participação do setor privado e de instituições não governamentais é tratada como se movida pelos mesmos interesses e responsabilidades do Estado.

O conteúdo central do documento que demonstra essa perspectiva estão resumidos no enunciado 19: “*South-South cooperation embraces a multi-stakeholder approach, including non-governmental organizations, the private sector, civil society, academia and other actors that contribute to meeting development challenges and objectives in line with national development strategies and plans*”. A colocação de todos os atores citados, incluindo o “*setor privado*” como se partilhassem os mesmos interesses contribui para a manutenção de uma “grande nebulosa” que nos impede de enxergar como essas relações de poder interferem na saúde global.

A Resolução da ONU parece ignorar, por exemplo, que o grupo das chamadas doenças negligenciadas para as quais existem poucos estudos e tratamentos disponíveis é fruto da falta de interesse da grande indústria farmacêutica por enfermidades que atingem países em desenvolvimento, bem como da ausência de regulação pelos Estados sobre a produção dessa indústria.

No mesmo sentido, parece desconhecer que os altos preços praticados por essas empresas sobre tecnologias indispensáveis, tais como as drogas anti-retrovirais constitui uma das razões da inacessibilidade de grandes contingentes populacionais, já que os sistemas públicos de saúde de seus países não conseguem pagá-los.

O documento da OPAS, segue uma perspectiva semelhante, menos acentuada na divisão de papéis entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, provavelmente por ter entre os 47 países que a compõe, apenas 2 considerados desenvolvidos. Ele segue, entretanto, a tendência do modelo Norte-Sul de cooperação ao por uma ênfase maior nos problemas sanitários envolvidos com doenças infectocontagiosas capazes de atingir outros países e menor nos processos de intercâmbio em ciência e tecnologia de forma estruturante para os países em desenvolvimento.

No enunciado 21, por exemplo, ao apontar os principais objetivos para as políticas e ações que requerem cooperação, ele afirma essa especial importância

“(…), sobretudo, diante de problemas da saúde e riscos que ultrapassam fronteiras.”  
 O que obviamente tem maior potencial em ameaçar interesses comerciais e militares.

A questão do desenvolvimento científico e tecnológico é abordada apenas uma vez no 15<sup>o</sup> enunciado de forma ainda atrelada a questões sanitárias das doenças infectocontagiosas, sem deixar claro, como promovê-lo e acessá-lo:

No campo das relações internacionais cresceu a compreensão de que existe um amplo leque de assuntos sanitários e de consequências para a saúde com o desenvolvimento científico e tecnológico acelerado, que transcendem as fronteiras nacionais e que requerem a ação mundial (13) (p. 4).

Já a questão dos interesses privados é tratada na mesma perspectiva acrítica e sem recomendações específicas para a proteção dos interesses públicos, ou conflitos de interesse envolvidos. Vale destacar o 14<sup>o</sup> enunciado quando afirma: “*Além disso, se observou uma mostra da convergência de interesses comerciais e sanitários em 2002 e 2003 com o surto da síndrome de insuficiência respiratória severa (SARS)*”. Ora, uma afirmação desse caráter não é seguida por nenhum comentário sobre se essa convergência foi positiva ou negativa, quem foram os principais beneficiários, ou se deve implicar em atenção especial na elaboração de acordos, quando ocorrerem convergências desta natureza.

Mantém-se, por sua vez, a mesma perspectiva acrítica da Resolução da ONU em relação à participação dos setores privados. Em um quadro síntese exibido pelo documento sobre as mudanças ocorridas no cenário da cooperação internacional em saúde (14) (p. 7) é apresentada a “*proliferação de atores transnacionais*” entre os quais são citados “*o setor corporativo de negócios*” e “*empresas com fins lucrativos*”. Em outro item do mesmo quadro é afirmado o “*Crescente envolvimento do setor privado no desenvolvimento de políticas públicas, particularmente de agentes privados de países desenvolvidos influenciando políticas públicas nos países em desenvolvimento*”.

Essa realidade é apontada como um fator que torna mais complexos os processos de elaboração de acordos, mas não é explicitamente demonstrada qualquer preocupação sobre em que medida essas relações público-privadas podem funcionar como instrumento de domínio de países sobre outros, ou sobre o risco

existente em se desenvolver políticas públicas conduzidas por interesses privados. Ou seja, a nova modalidade de biopolítica conduzida pelo mercado, da qual falava Jungues (63), parece plenamente naturalizada e aceita.

Na declaração da OPAS/OMS é dito que duas das principais mudanças ocorridas nos últimos anos, no campo da cooperação internacional, no âmbito da saúde em escala mundial são:

Papel crescente das instituições financeiras internacionais no financiamento e na governança do setor da saúde nos países de renda média e baixa; crescente envolvimento do setor privado no desenvolvimento de políticas públicas, particularmente de agentes privados de países desenvolvidos influenciando políticas públicas nos países em desenvolvimento (13) (p.7).

Vemos que existe uma “grande nebulosa” (81) em torno da saúde, que nos remete ao que a Bioética Crítica chama de “nebulosa da saúde global” onde atores aparecem e regem as relações políticas internacionais, sem que haja um compromisso com o bem-estar social de todos e, além disso, o interesse de uns poucos se sobrepõe aos direitos de uma grande maioria.

Pode-se compreender que documentos diplomáticos sejam cuidadosos e pouco enfáticos ao comentar modelos políticos ou atuações governamentais de seus Estados membros, mas não se justifica uma postura acrítica em relação aos setores privados da saúde, sobretudo com os dados históricos que temos sobre a atuação dos mesmos. A menos que entendamos aqui a postura da OPAS, como incluída naquela terceira força do sistema mundo à qual se referia Cox, que articula as outras duas forças principais, o domínio das capacidades materiais e o domínio das ideias.

Nem a Resolução da ONU, nem o documento da OPAS, fazem qualquer menção seja ao processo histórico envolvido nas disparidades socioeconômicas dos países, seja a determinantes de saúde. Esses fatores são invariavelmente apresentados como realidades estanques, desprovidas de causas.

Algo que chama especialmente a atenção é o fato de que documentos dirigidos a países constituídos em grande número por significativos contingentes de povos tradicionais, sejam completamente omissos em relação aos cuidados necessários no contato com populações culturalmente distintas em torno da implementação das ações, bem como dos conflitos etno-raciais que podem delas derivar. O silêncio em torno da diversidade cultural e de como saberes os

tradicionais necessitam ser articulados nas práticas de saúde é típico de uma visão colonial que desvaloriza as diferenças e os saberes locais e pretende imprimir o modelo do centro na periferia.

O PECS da CPLP apresenta algumas posturas significativamente distintas dos dois documentos anteriores. Em relação à produção científico-tecnológica surge entre suas diretrizes orientadoras (12) (p. 5) a noção de “*complexo produtivo comunitário*” como caminho para maior acesso a insumos estratégicos, o que é bem diferente da tendência dos documentos anteriores em manter cooperação triangular com países desenvolvidos para esse fim. No mesmo sentido o eixo estratégico 02 cita em um de seus objetivos “*o estabelecimento de práticas técnico-científicas colectivas, interactivas e interdisciplinares*” e o eixo estratégico 3 se refere a ação conjunta de pesquisadores da CPLP “*mediante geração e apropriação de conhecimento*”. Não há dúvida que são abordagens ancoradas em perspectivas políticas e epistemológicas bastante distintas, onde os sujeitos alvos da cooperação estão bem melhor inclusos.

A saúde precisa ser vista como um direito e não como uma fonte de renda, como um pressuposto do modelo de desenvolvimento sustentado no crescimento econômico submetido ao sistema mundo, não como um meio para o lucro egoísta. A urgência contemporânea, no campo da ética aplicada, é construir um saber que preencha essa lacuna deixada pelo desenvolvimento econômico alienado. A qualidade de vida é um assunto central e transcende o bem-estar das minorias com acúmulo de riquezas.

Na parte que trata da mobilização de recursos para o financiamento do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS), é dito que:

A mobilização conjunta de recursos sustentáveis, com base em contributos dos Estados membros, parcerias público-privadas e recurso a mecanismos de financiamento inovadores, tornará mais plausível o cumprimento dos objetivos preconizados pelo PECS (12) (p. 6).

Essa referência aos recursos sustentáveis é um elemento positivo, muito embora o termo ‘sustentável’ tenha se tornado um jargão nos discursos em torno das políticas públicas e iniciativas privadas. Fala-se em sustentabilidade, mas a miséria, a má distribuição de renda e oportunidades, a exclusão social e todas as

consequências dessas realidades que vivemos ficam em segundo plano, dentro da seara mercadológica global.

A parceria público-privada está prevista, mas tem muito menor destaque que nos documentos anteriores. Aqui é afirmado de maneira muito mais clara a necessidade de criar estruturas de produção internas e independentes, como observamos em um dos objetivos do eixo estratégico 4 : “ *reduzir a dependência externa de insumos para a saúde,(...) e ampliar o acesso à assistência farmacêutica.*”, mostrando-se bastante distinta do foco em “*transferência de tecnologia*” presentes nos documentos da ONU e da OPAS.

O PECS da CPLP também parece buscar alternativas aos fundos de investimento das nações unidas para o financiamento de seus projetos de cooperação, tal como indicado, em seu item 7.2 sobre financiamento, que aponta para “*mecanismo financeiro próprio a criar para o efeito, por organizações internacionais e outros parceiros de desenvolvimento, tendo sempre em atenção o princípio da sua harmonização com os Planos Nacionais de Saúde de cada Estado membro*”.

Apesar de como os demais não abordam as razões históricas para a condição dos países, ele é explícito em reconhecer à necessidade de enfrentar os determinantes sociais de saúde, inclusive em suas diferenças de gênero e em por como prioridade populações vulneráveis. Entre os objetivos está definido: “*o PECS deverão ter em atenção o facto de que as assimetrias e desigualdades em saúde reflectem e são reflexo das desigualdades e discriminações de base sociocultural e económica entre mulheres e homens*”. Pode-se também constatar que, da mesma forma que os demais documentos, as questões propriamente etno-raciais envolvendo as práticas derivadas da cooperação não são abordadas.

Nas diretrizes orientadoras dos projetos de cooperação, deste mesmo documento, é dito que é necessário “*priorizar populações de maior vulnerabilidade no desenvolvimento dos eixos e das áreas de atuação*” (12) (p. 5). Sabemos que essa vulnerabilidade tem raízes históricas de exclusão e exploração, que refletem também os aspectos da colonialidade do saber e do poder (89).

A prioridade dada às populações vulneráveis é necessária e urgente, no entanto, suas vozes precisam ser ouvidas, suas reais necessidades requerem um estudo aprofundado e a simples transferência de conhecimento pode levar à dependência dos saberes de especialistas externos às suas comunidades, o que não emancipa, de fato, essas populações.

A questão da interculturalidade aparece, não entre objetivos e diretrizes orientadoras, mas entre os projetos estruturantes relacionadas ao eixo estratégico 07 da proteção e promoção da saúde. Lá encontramos: *“Implantação de um Programa de sensibilização de curandeiros, bruxos e outros “médicos e parteiras tradicionais” para o reconhecimento e derivação ao sistema de saúde de patologias específicas”*.

É, portanto, o único que, pelo menos, reconhece a existência de saberes tradicionais e de detentores desses saberes na cultura local, bem como da necessidade de articulá-los com as ações previstas. A abordagem intercultural é, não obstante, insuficiente, mantendo uma clara noção ainda colonial de superioridade de saberes, uma vez que propõe uma sensibilização unidirecional, como se não fosse importante também sensibilizar os profissionais e técnicos da ciência convencional aos saberes tradicionais, visando uma construção conjunta de estratégias e ações, e nada houvesse a aprender com a abordagem tradicional a alguns problemas de saúde.

Esta passagem sugere um reflexo da colonialidade do saber (90), que promove uma homogeneização do conhecimento e de práticas, que muitas das vezes subestima outras formas de pensar e agir locais e/ou tradicionais. Nessas práticas é necessário diálogo (ação comunicativa) (75), devido ao perigo da inclusão em moldes pré-definidos pelo norte geopolítico, que não são necessariamente superiores ao conhecimento de populações que não partilham dos mesmas formas de enxergar e agir no mundo.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação do consenso dentro das Nações Unidas de que a saúde constitui um elemento imprescindível ao desenvolvimento ocorreu concomitantemente a uma reconfiguração geopolítica devido ao fim da guerra fria e ao surgimento dos chamados “países emergentes”, criando uma atmosfera favorável ao desenvolvimento de propostas estruturantes para a cooperação sul-sul em saúde que pretendem oferecer alternativas ao antigo modelo norte-sul e dele distinguindo-se por se encontrarem fundadas na noção de soberania compartilhada e nos princípios de horizontalidade, consenso e equidade.

Entretanto os desafios tanto ideológicos no âmbito das nações unidas, quanto práticos nos seus diversos contextos de aplicação, com vistas ao cumprimento desses princípios são muito mais complexos do que pode parecer no primeiro momento. Há sempre uma tendência a fazer com que os Estados se tornem meros instrumentos de adaptação das políticas domésticas à uma realidade internacional que é orquestrada pelos países centrais. E isso pode ocorrer também por meio dos acordos de cooperação sul-sul.

A análise de documentos contendo diretrizes para esse modelo cooperação, sobretudo, quando formulados no âmbito das nações unidas e suas instituições regionais, demonstra que os mesmos têm grande dificuldade em se libertar dos antigos modelos de cooperação. A posse de capacidades materiais e de ideias, incluindo aqui os meios e fins para o desenvolvimento científico e tecnológico por meio das empresas privadas e corporações de comércio internacional são tomadas acriticamente como parceiras. Esse processo legitima uma pretensa superioridade dos mesmos e torna difícil compreender a heterogeneidade dos contextos socioeconômicos e culturais, bem como as razões históricas das disparidades de saber e poder existentes, e as responsabilidades que elas implicam.

Por outro lado, formulações como o PECS da CPLP, oriundas de associações de países em contextos mais independentes de organismos internacionais, fundos de investimento e empresas privadas que integram a “grande nebulosa” da saúde

global, parecem oferecer melhores possibilidades em se constituir enquanto programas estruturantes e emancipatórios.

Chama atenção em todos os documentos a falta de orientações mais adequadas para lidar com o contexto de interculturalidade em torno da implementação das práticas de cooperação.

Nessa busca por respostas cabais, me deparei com os limites desse trabalho. A análise dos documentos serviu para criticar algumas diretrizes de ação, mas não foi possível demonstrar o que realmente ocorre na implementação das ações em campo. Pesquisas futuras se fazem necessárias, com a utilização de metodologias etnográficas, entrevistas com atores chaves e muita observação de como essas cooperações são feitas na prática.

O aporte teórico serviu para apontar possíveis conflitos bioéticos que emergem do encontro de culturas que, muitas das vezes, gera choques entre pessoas, populações e países. Principalmente em se tratando do contexto geopolítico que ainda guarda fortes relações de dominação entre países ricos e pobres.

A cooperação internacional em saúde é uma iniciativa que traz consigo alguns aspectos do biopoder, porém, adaptando o conceito foucaultiano a essa investigação, vemos que isso ocorre a nível transnacional, por isso, a análise dos moldes da medicina moderna e sua genealogia, foi considerada de suma importância para que as práticas de cooperação em saúde não sejam utilizadas como instrumentos de dominação dos corpos para finalidades outras que não sejam a melhoria na qualidade de vida das pessoas que mais precisam.

As bioéticas latino-americanas transcendem o aspecto biomédico da bioética principialista, trazendo elementos importantes para essa análise, principalmente quando estamos tratando de cooperação sul-sul. Elas abordam a questão estrutural, o que permite a construção de um aparato pautado na justiça social, que pode melhor se correlacionar com as práticas de cooperação internacional feitas pelo Brasil, por exemplo, para que o Brasil não assuma um papel imperialista, reproduzindo os moldes da cooperação norte-sul.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Herz M. A internacionalização da política: a perspectiva cosmopolita em face do debate sobre a democratização da ONU. *Contexto Internacional*, vol. 21, n. 2, Rio de Janeiro: IRI-PUC, jul.–dez. 1999, p. 259–289.
2. Cunha T, Lorenzo C. Bioética global na perspectiva da bioética crítica. *Rev. Bioét. (Impr.)* 2014; 22(1):116-25.
3. Santana JP. *Cooperação Sul-Sul na área da saúde: Dimensões Bioéticas*. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília: Brasília; 2012.
4. ABC. Agência Brasileira de Cooperação. Disponível: <http://www.abc.gov.br/> acesso 20 jun. 2015.
5. Pino B, Leite I. O Brasil e a Cooperação Sul-Sul: Contribuições e Desafios, por Bruno Ayllón Pino & Iara Costa Leite. *Mundorama DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA EM RELAÇÕES INTERNACIONAIS – ISSN 2175-2052*. 2009. Disponível: <http://mundorama.net/2009/12/28/o-brasil-e-a-cooperacao-sul-sul-contribuicoes-e-desafios-por-bruno-ayllon-pino-iara-costa-leite/> acesso 5 mai. 2015.
6. Fortes P, Carvalho R, Tittanegro G, Pedalini L, Sacardo D. Bioética e saúde global: um diálogo necessário. *Rev. Bioét. (Impr.)* 2012; 20(2): 219-25.
7. Fortes P, Zaboli ELCP. Bioética e Saúde Pública: entre o individual e o coletivo. In: Fortes PAC, Zaboli ELCP. *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo: CUCS/Loyola: 2003. 11-24.
8. Leff E. *Racionalidade Ambiental – A Reapropriação Social da Natureza*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.
9. Beckert C. O paradoxo da liberdade: uma leitura bioética. In: Barbosa A, Vale MF, Costa P, editores. *Gravitações Bioéticas*. Lisboa: Centro de Bioética - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2012. 97-108.
10. Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde – NETHIS. Disponível: <http://bioeticaediplomacia.org/pt/> acesso 6 fev. 2015.
11. NETHIS. Documentos Referência Cooperação Sul-Sul e Diplomacia em Saúde. Disponível: <http://bioeticaediplomacia.org/pt/cooperacao-sul-sul-e-diplomacia-em-saude/> acesso 8 mar. 2015.

12. PECS/CPLP. Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS/CPLP) 2009-2012. Disponível: [http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/DOC5\\_PECS2009-2012\\_15Maio.pdf](http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/DOC5_PECS2009-2012_15Maio.pdf) acesso 10 agos. 2015.
13. OPAS/OMS. A Saúde e as Relações Internacionais: seu vínculo com a gestão do desenvolvimento nacional da saúde, 2008. Disponível: <http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/a-sade-e-as-relaes-internacionais-seu-vnculo-com-a-gesto-do-desenvolvimento-nacional-da-sade-documento-e-resoluo.pdf> acesso 10 de agos. 2015.
14. ONU. Nairobi outcome document of the High-level United Nations Conference on South-South Cooperation - 2009. Disponível: <http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/GA-resolution-endorsed-Nairobi-Outcome-21-Dec-09.pdf> acesso 10 de agos. 2015.
15. Pires-Alves F, Paiva CH, Santana JP. A internacionalização da saúde: elementos contextuais e marcos institucionais da cooperação brasileira. Rev Panam Salud Publica [online]. 2012, vol.32, n.6, pp. 444-450. ISSN 1020-4989. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892012001400008>.
16. Observatório Brasil e o Sul. Cooperação Internacional para o Desenvolvimento. Disponível: <http://obs.org.br/cooperacao-internacional-para-o-desenvolvimento> acesso 8 mai. 2015.
17. Lima A. Notas (muito) breves sobre a cooperação técnica internacional para o desenvolvimento. In: SILVA K.C.; SIMIÃO, D.S. (Org.). Timor-Leste por trás do palco: cooperação internacional e a dialética da formação do Estado. Belo Horizonte: UFMG, 2007. p. 417-425.)
18. Sanchez E. Cooperación y desarrollo: nueve preguntas sobre el tema. Burgos, España: Amycos, 2002. Disponível em: [http://ciberoamericana.com/documentos/introcoopdes/Cooperacion\\_y\\_desarrollo\\_Nueve\\_preguntas\\_sobre\\_el\\_tema.pdf](http://ciberoamericana.com/documentos/introcoopdes/Cooperacion_y_desarrollo_Nueve_preguntas_sobre_el_tema.pdf) . Acesso em: 8 abr. 2015
19. Torronteguy MAA e Dallari SG. O Papel das Organizações Não-Governamentais na Cooperação Internacional em Saúde Pública. Saúde Soc. São Paulo, v.21, n.2, p.314-322, 2012.
20. Oliveira M e Luzivotto C. *Cooperação Técnica Internacional: aportes teóricos*. Revista Brasileira de Política Internacional 2008; 54 (2): 5-21.

21. Sato E. Cooperação Internacional: uma componente essencial das relações internacionais. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, mar 2010; 4(1): 46-57.
22. Mello V. Globalização, regionalismo e ordem internacional. Rev. bras. polít. int. [online]. 1999, vol.42, n.1, pp. 157-181. ISSN 1983-3121. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-73291999000100007>.
23. Pecequillo CR. A Política Externa do Brasil no Século XXI: Os Eixos Combinados de Cooperação Horizontal e Vertical. Rev. Bras. Polít. Int. 51 (2): 136-153 [2008].
24. Almeida P. A economia internacional no século XX: um ensaio de síntese. Rev. Bras. Polít. Int. 44 (1): 112-136 [2001].
25. Auler O. A Conferência de Bandung. 2014. Disponível: <http://maishistoria.com.br/a-conferencia-de-bandung/> acesso 3 abr. 2105.
26. Buss P, Ferreira J. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde RECIIS. Rio de Janeiro, 4 (1): 93-105, mar. 2010. Disponível em português: <http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/350> acesso 7 mar. 2015.
27. SEGIB. II Relatório da cooperação Sul-Sul na Ibero-América. SEGIB. Xalma C (org). Madri, 2008.
28. Santana JP, Ferreira JR. Relevância da Bioética para a Cooperação Internacional em Saúde. RBB 2010; 6 (1-4): 7-8.
29. Carmo E. O Regulamento Sanitário Internacional e as oportunidades para fortalecimento do sistema de vigilância em saúde [Internet]. Recife (PE): Portal DSS Nordeste; 2013 Abr 30. Disponível: <http://dssbr.org/site/opinioes/o-regulamento-sanitario-internacional-e-as-oportunidades-para-fortalecimento-do-sistema-de-vigilancia-em-saude/> acesso 30 mar. 2015.
30. Almeida C. Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean: the role of International organizations in formulating agendas and implementing policies. Well-being and Social Policy, v. 2, p. 123-60, 2006.
31. Roa AC, Santana JP. Saúde e Integração Regional na América Latina. 3º Encontro Nacional da ABRI 2011. ISBN 2236-7381.

32. Lima M. A política externa brasileira e os desafios da cooperação Sul-Sul. *Rev. Bras. Polít. Int.* 48 (1): 24-59 [2005]. Disponível: <http://www.cebri.com.br/midia/documentos/202.pdf>
33. Santos R e Cerqueira M. Cooperação Sul-Sul: experiências brasileiras na América do Sul e na África. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.22, n.1, jan.-mar. 2015, p.23-47
34. Fedatto M. Os desafios da cooperação internacional em saúde para o governo Dilma Rousseff. Disponível: <http://mundorama.net/2015/03/26/os-desafios-da-cooperacao-internacional-em-saude-para-o-governo-de-dilma-rousseff-por-maira-s-fedatto/> acesso 23 mai. 2015
35. Fiocruz. Portal Brasil. Fiocruz bate recorde de Produção de Antirretrovirais Contra a Aids. Disponível: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/12/fiocruz-bate-recorde-de-producao-de-antirretrovirais-contr-a-aids> acesso 03 jun. 2015.
36. Estadão Brasil. Depois de 10 anos fábrica de remédios contra aids começa a produzir na África. Disponível: <http://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,depois-de-10-anos-fabrica-de-remedios-contr-a-aids-comeca-a-produzir-na-africa,1092215> acesso 17 mai. 2015.
37. Cox R. *The Political Economy of a Plural World- critical reflections on power, morals and civilization*. London and New York: Routledge/RIPE Series in Global Political Economy; 2002.
38. Foucault M. *O poder psiquiátrico: curso no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
39. Foucault M. *Microfísica do Poder*. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. 26ªed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.
40. Foucault M. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
41. Foucault M. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 1986.
42. Foucault M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1995b.
43. Foucault M. *La volonté de savoir*. Paris: Galimard, 1976. (tradução italiana: *La volontà di sapere – Milão: Feltrinelli, 1984*).

44. Foucault M. (2001a). Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine? In *Dits et écrits II, 1976-1988* (pp. 40-58). Paris: Gallimard. (Original publicado em 1976).
45. Foucault M. "Des supplices aux cellules", *Dits et écrits*. Paris: Gallimard, 1994. v. 1.
46. Gaudenzi P, Ortega F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface (Botucatu)* vol.16 no.40 Botucatu Jan./Mar. 2012 Epub Apr 26, 2012.
47. Foucault M. O nascimento da medicina social. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, p.79-98, 1979d. p. 80.
48. Martins L, Moreira L, Peixoto Junior C. Genealogia do biopoder. *Psicol. Soc.* [online]. 2009, vol.21, n.2, pp. 157-165. ISSN 1807-0310. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822009000200002> acesso 12 dez 2014.
49. Agambem G. *Homo Sacer: O poder soberano e a vida nua*. Belo Horizonte: UFMG. 2002.
50. Schram FR. O uso problemático do conceito 'vida' em bioética e suas interfaces com a práxis biopolítica e os dispositivos de biopoder. *Revista Bioética* 2009 17 (3): 377 – 389.
51. Furtado M, Szapiro A. Promoção da Saúde e seu Alcance Biopolítico: o discurso sanitário da sociedade contemporânea. *Saúde Soc.* São Paulo, v.21, n.4, p.811-821, 2012.
52. Castro-Gómez, S. Ciências sociais, violência epistêmica e o problema da "invenção do outro". En libro: *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas*. Edgardo Lander (org). Colección Sur Sur, CLACSO, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. setembro 2005. pp.169-186.
53. Armando Boito Jr. Estado e Burguesia no Capitalismo Neoliberal. *Rev. Sociol. Polít.*, Curitiba, 28, p. 57-73, jun. 2007.

54. Castel R. A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.
55. Caliman e Tavares. O Biopoder e a Gestão dos Riscos nas Sociedades Contemporâneas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2013, 33 (4), 934-945.
56. Ruger JP. Ethics and governance of global health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 998-1003. Doi: 10.1136/jech. 2005. 041947.
57. Brown TM, Cueto M, Fee E. A transição de saúde pública 'internacional' para 'global' e a Organização Mundial da Saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 2006 jul-set;13(3): 623-47.
58. Lorenzo C. Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena. *Rev. Bioét (Impr)* 2011; 19(2): 329-42.
59. Schramm F. A bioética como forma de resistência à biopolítica e ao biopoder. *Revista Bioética* 2010; 18(3): 519 – 35.
60. Garrafa V. Ampliação e politização do conceito internacional de bioética. *Rev. Bioét.(Impr.)* 2012; 20(1): 9-20.
61. Nascimento W, Garrafa V. (2011). Por uma vida não colonizada: diálogo entre bioética de intervenção e colonialidade. *Saúde e Sociedade*, 20(2), 287-299. Disponível: doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000200003> acesso 30 jan. 2015.
62. Garrafa V, Kottow M e Saada A. [orgs.] Bases Conceituais da Bioética – enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia, 2006.
63. Junges JR. O nascimento da Bioética e a constituição do Biopoder. *Acta Bioethica* 2011; 17(2): 171-178.
64. Junges JR. Direito à saúde, Biopoder e Bioética. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação* abr-jun 2009; 13(29): 285-95. P.285.
65. Garrafa V. Inclusão social no contexto político da bioética. *RBB* 2005; 1(2):122-132.

66. UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Edição da Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília. Brasília: Out 2005 [citado 2015 Jan 09]. Disponível: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_univ\\_bioetica\\_dir\\_hum.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf) acesso 20 nov. 2014.
67. Gadelha C. Desenvolvimento e Saúde: em busca de uma nova utopia. *Saúde em Debate*; Rio de Janeiro set-dez 2007; 19(71): 326-337.
68. Santana JP, Lorenzo C. Vulnerabilidade em Pesquisa e Cooperação Internacional em Saúde. *RBB* 2008; 4 (3-4): 156-169.
69. Porto D, Garrafa V. Bioética de Intervenção: considerações sobre a economia de mercado. *Bioética* 2005; 13(1): 111-123.
70. Oliveira AAS. *Bioética e Direitos Humanos*. São Paulo: Edições Loyola, 2011.
71. Schramm F. Bioética de Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. *Revista Bioética* 2008; 16(1): 11-23.
72. Andorno R. Human Dignity and Human Rights as a Common Ground for a Global Bioethics. *Journal of Medicine and Philosophy*. Oxford University Press 34: 223 – 240, 2009 doi:10.1093/jmp/jhp023.
73. Tealdi R. *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, 2008. Disponível <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001618/161848s.pdf> acesso 19 jun. 2015.
74. Lorenzo C. Teoria crítica e bioética: um exercício de fundamentação. In: Porto D, Garrafa V, Martins GZ, Barbosa SN. *Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois*. Brasília: CFM/Cátedra Unesco de Bioética/SBB, 2012:173-189.
75. Habermas J. *The theory of communicative action*. Vol 1. Reason and the rationalization of society. Boston, Beacon Press, 1984.
76. Honnet A. *Disrespect: The Normative Foundations of Critical Theory*. Cambridge: Polity Press, 2007.

77. Quijano A. Colonialidad del poder y clasificación social. p 93 a 126. IN Castro-Gómez, S y Grosfoguel, R. El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, 2007, 308 p).
78. Lorenzo C. Bioética global na perspectiva da bioética crítica Rev. bioét. (Impr.). 2014; 22 (1): 116-25.
79. Cunha T. Bioética Crítica, Saúde Global e a Agenda do Desenvolvimento. Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Bioética da Universidade de Brasília, para título de doutorado, 2014.
80. Cox R, Schechter M. The Political Economy of a Plural World: Critical Reflections on Power, Morals and Civilization. London: Routledge, 2002.
81. Cox R. Production, Power, and World Order: Social Forces in the Making of History. New York: Columbia University Press, 1987.
82. Cox R. Social Forces, States and World Orders: Beyond International Relations Theory. Millennium: Journal of International Studies 1981;10 (2):126–55.
83. Rouanet S. Mal-estar na Modernidade. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.
84. Fleuri R. Intercultura e educação. Rev. Bras. Educ. [online]. 2003, n.23, pp. 16-35. ISSN 1809-449X. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782003000200003> acesso 14 nov.
85. UNESCO. Relatório Mundial da UNESCO. Investir na diversidade cultural e no diálogo intercultural. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura 7 place de Fontenoy 75007 Paris, France, 2009.
86. OPAS. Programa de Cooperação Internacional em Saúde. Disponível: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=557&Itemid=642](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=557&Itemid=642) acesso 25 jan. 2015.
87. Terranova C. Pedagogia interculturale: concetti, problemi, proposte. Milano: Angelo Guerini e Associati, 1997.

88. Segatto R. La Cuestión Descolonial. Lima: Universidad Ricardo Palma - Cátedra América Latina y la Colonialidad del Poder, 2010.
89. Quijano A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. LANDER, Edgardo (org). Buenos Aires: Conselho Latino-americano de Ciências Sociais - CLACSO, 2005.
90. Mignolo W. Desobediência Epistêmica: a opção descolonial e o significado de identidade em política. Cadernos de Letras da UFF – Dossiê: Literatura, língua e identidade, nº 34, p. 287-324, 2008.
91. Mignolo W. A colonialidade de cabo a rabo: o hemisfério ocidental no horizonte conceitual da modernidade. En libro: A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. Edgardo Lander (org). Colección Sur Sur, CLACSO, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. setembro 2005. pp.71-103.
92. Quijano, Wallerstein. Americanity as a concept. Or The Americas in the Modern World-System. In International Journal Of Social Sciences, No. 134, Nov. 1992, UNESCO, Paris.
93. Ballestrin L. América Latina e o giro decolonial. Rev. Bras. Ciênc. Polít. no.11 Brasília May/Aug. 2013.
94. Restrepo E, Rojas A. Inflexión decolonial: fuentes, conceptos y cuestionamientos. Universidad del Cauca, Popayán, Colombia. Primera edición. Octubre de 2010.
95. CPLP. Comunidade de Países de Língua Portuguesa. Disponível: <http://www.cplp.org/id-2752.aspx> acesso 12 jul. 2015.
96. BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. Bioética e Diplomacia em Saúde. Disponível: <http://bvsbioeticaediplomacia.fiocruz.br/php/index.php> acesso 13 jul. 2015.

## 7 ANEXOS