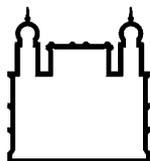


mestrado e doutorado em saúde pública



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

*“A agenda de Cooperação Sul-Sul em Saúde do Fórum IBAS - Índia,
Brasil e África do Sul”*

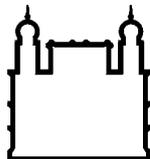
por

Alejandra Carrillo Roa

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Celia Maria de Almeida

Brasília, setembro de 2014.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

*“A agenda de Cooperação Sul-Sul em Saúde do Fórum IBAS - Índia,
Brasil e África do Sul”*

apresentada por

Alejandra Carrillo Roa

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Pio Penna Filho

Prof.^a Dr.^a Letícia de Abreu Pinheiro

Prof.^a Dr.^a Celia Maria de Almeida – Orientadora

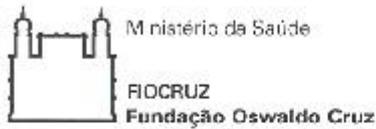
Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

C317 Carrillo Roa, Alejandra
A agenda de Cooperação Sul-Sul em Saúde do Fórum IBAS -
Índia, Brasil e África do Sul. / Alejandra Carrillo Roa. -- 2014.
163 f. : il. ; tab.

Orientador: Almeida, Celia Maria de
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Cooperação Internacional. 2. Índia. 3. Brasil. 4. África do
Sul. 5. Países em Desenvolvimento. 6. Cooperação Sul-Sul. 7.
Diplomacia da Saúde. 8. IBAS. I. Título.

CDD - 22.ed. – 614



AUTORIZAÇÃO

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Brasília, 19 de setembro de 2014.

Alejandra Carrillo Roa

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde (NETHIS), instituição que promove a reflexão sobre a importância da saúde no cenário das relações internacionais e que me abriu as portas no Brasil, despertando o meu interesse pelo estudo dos processos de cooperação Sul-Sul em saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que de alguma forma possibilitaram a elaboração desta dissertação.

A minha orientadora, Profa. Dra. Celia Almeida, por sua dedicação e olhar crítico, bem como por todas as observações, conselhos e correções oportunas que enriqueceram o trabalho e permitiram o bom desenvolvimento desta investigação.

Aos professores Dr. Pio Penna Filho e Dra. Letícia Pinheiro, por aceitarem compor esta banca examinadora. Também ao professor Dr. José Flávio Sombra Saraiva que compôs a banca de qualificação do projeto desta dissertação.

Aos senhores (as) Carmen Negraes, Indiara Gonçalves, Leandro Luiz Viegas, Luiz Eduardo Fonseca e Mateus Cerqueira, por me concederem entrevistas como informantes-chaves deste estudo, apoiando o levantamento de dados e acrescentando informações detalhadas relevantes sobre os processos de negociação da cooperação em saúde do Fórum IBAS.

Aos colegas de mestrado Alejandro Rabuffetti, Fábio Taggliari, Leandro Viegas e Soraya Zacarias Drumond de Andrade, que me ajudaram em momentos e de maneiras diferentes.

Aos meus pais, Irma e Simón, que apesar da distância sempre estiveram presentes, para me escutar e aconselhar com palavras sábias e carinhosas como só eles saberiam dar.

Finalmente e em especial ao meu esposo e grande amor, Roberto Esteves, quem me acompanhou e apoiou nesta longa e difícil jornada, dando-me energias e alento quando mais o precisava, compreendendo-me e me estendendo a mão em momentos delicados e decisivos.

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo analisar o processo de formulação da agenda de cooperação bi ou trilateral em saúde do Fórum de Diálogo Índia, Brasil e África do Sul (IBAS) no período 2003-2013 e seus possíveis desdobramentos. Nesse sentido, foi elaborado um marco analítico que articula diferentes abordagens e enfoques teóricos referidos à cooperação Sul-Sul com ênfase na saúde e questões relacionadas à formulação de agendas e ao processo decisório no âmbito das políticas públicas. Em termos metodológicos, esta pesquisa constitui um estudo de caso descritivo e exploratório que se baseou na aplicação de três técnicas qualitativas para o levantamento de dados (pesquisa bibliográfica, análise documental e entrevistas com informantes-chaves selecionados), que foram contrastados entre si de modo que as conclusões deste estudo basearam-se na triangulação das três fontes analisadas. Apresentam-se os processos de cooperação bilateral em saúde entre o Brasil e os demais países-membros do IBAS, mostrando que ambos antecederam a criação do Fórum e que houve predomínio de intercâmbio de tecnologias e importação de fármacos (entre Brasil e Índia) e de troca de experiências sobre políticas públicas no combate à AIDS, em ciência, tecnologia e inovação e reformas dos sistemas de saúde (entre Brasil e África do Sul). Esses antecedentes históricos de cooperação bilateral influenciaram, em alguma medida, a definição dos itens que compuseram a agenda de cooperação trilateral em saúde do IBAS, dentre os quais se destacou o tema da epidemia de HIV/AIDS. Observa-se que uma estrutura hierárquica, com os políticos eleitos situados no topo orientou o processo de formulação da agenda de cooperação em saúde do IBAS. Os presidentes e seus chanceleres, por meio das diretrizes da política externa, ainda que com nuances distintas em suas gestões, incidiram indiretamente imprimindo ou restando dinamismo para a cooperação Sul-Sul no IBAS. Evidencia-se ainda um avanço lento e errático na formulação e nos desdobramentos da agenda de cooperação trilateral em saúde. Conclui-se que os dois Grupos de Trabalho (Ciência e Tecnologia e Saúde) envolvidos com a cooperação em saúde do Fórum IBAS apresentaram resultados modestos e desiguais e que vários fatores incidiram no lento desenvolvimento e nos poucos resultados concretos dessa cooperação, entre eles: a pouca coordenação entre as instituições que atuaram no processo; a insuficiência de recursos financeiros e humanos; as frequentes mudanças de atores (ministros, secretários, gestores em geral); o surgimento do BRICS e a ampliação de sua agenda de cooperação em saúde que demonstram uma sobreposição de agendas e levantam questionamentos sobre a importância e singularidade do Fórum IBAS e, particularmente, sobre a manutenção de sua agenda de cooperação em saúde.

Palavras Chaves: Cooperação Internacional, Índia, Brasil, África do Sul, Países em Desenvolvimento, Cooperação Sul-Sul, Diplomacia da Saúde, IBAS.

ABSTRACT

This study examines the agenda-setting process for bilateral and trilateral health cooperation through the India, Brazil and South Africa Dialogue Forum (IBSA) over the period 2003-2013, and its possible outcomes. In this regard, an analytical framework was developed combining different theoretical approaches to South-South cooperation, emphasising health and issues related to agenda setting and public policy decision making. Methodologically, this exploratory, descriptive case study applied three qualitative data collection techniques (literature review, document analysis and key informant interviews); the resulting data were contrasted so that the study findings reflect a triangulation among all three sources. Bilateral health cooperation processes between Brazil and the other two IBSA Forum member countries are described, showing that both processes predated the IBSA Forum: between Brazil and India, technology exchange and drug imports predominated, while between Brazil and South Africa, public policy exchanges on combating HIV/AIDS, plus science, technology, innovation and health system reforms were more prevalent. To some extent, this historical background of bilateral cooperation influenced the definition of the items on the IBSA trilateral health cooperation agenda, particularly the HIV/AIDS epidemic. A hierarchical structure, with elected politicians at the top, was observed to guide the IBSA health cooperation agenda-setting process. Presidents and their foreign ministers, albeit with different styles and focuses, influenced South-South cooperation in IBSA indirectly through foreign policy guidelines, enhancing or dampening the dynamism of the process. In addition, progress in trilateral health cooperation agenda setting and outcomes is shown to be slow and erratic. It was concluded, firstly, that the two Working Groups (on Health and on Science and Technology) involved with health cooperation through the IBSA Forum have yielded modest, uneven results and, secondly, that a number of factors have influenced the slow development and paucity of concrete results of this cooperation, including inadequate coordination among institutions participating in the process; insufficient financial and human resources; high turnover of actors (ministers, secretaries, managers); emergence of the BRICS and expansion of its health cooperation agenda, resulting in overlapping agendas and raising questions as to the importance and uniqueness of the IBSA Forum, particularly as regards maintaining its health cooperation agenda.

Keywords: International cooperation, India, Brazil, South Africa, Developing countries, South-South cooperation, Health diplomacy, IBSA.

SUMÁRIO

Lista de Siglas e Abreviações	10
Lista de Figuras.....	13
INTRODUÇÃO	14
Considerações Preliminares	16
PANORAMA TEÓRICO E CONCEITUAL	19
Plurilateralismo e Cooperação Sul-Sul	19
Cooperação Sul-Sul em Saúde	21
Formulação de Agenda e Processo Decisório em Políticas Públicas.....	24
<i>Multiple Streams</i>	27
<i>Punctuated Equilibrium</i>	33
Outros elementos para a análise	36
METODOLOGIA	40
Levantamento e Revisão da Bibliografia	40
Análise Documental	42
Entrevistas com Informantes-Chaves Selecionados.....	44
ANTECEDENTES DO FÓRUM DE DIÁLOGO IBAS E ASPECTOS GERAIS DOS PAÍSES- MEMBROS	48
A ESTRUTURA OPERACIONAL DO FÓRUM DE DIÁLOGO IBAS	54
Nível de Coordenação Política.....	54
Nível de Cooperação Setorial.....	56
O Fundo IBAS de Combate à Fome e à Pobreza	63
COOPERAÇÃO BILATERAL EM SAÚDE: BRASIL E OS DEMAIS PAÍSES- DO FÓRUM IBAS – HISTÓRIA, CONTEXTOS E PROCESSOS DE NEGOCIAÇÃO	66
Cooperação Bilateral em Saúde: Brasil-Índia	66
Cooperação Bilateral em Saúde: Brasil-África do Sul.....	76

A COOPERAÇÃO TRILATERAL ENTRE OS PAÍSES-MEMBROS DO FÓRUM IBAS: PROCESSO DE NEGOCIAÇÃO	87
A Agenda de Cooperação em Saúde em Nível da Coordenação Política do Fórum IBAS	88
A Agenda de Cooperação em Saúde em Nível de Cooperação Setorial do Fórum IBAS	94
O GT de Saúde	94
O GT de Ciência e Tecnologia	100
Fórum Acadêmico	111
O IBAS e o BRICS	114
DISCUSSÃO	116
A Dinâmica de definição dos Problemas	116
A Dinâmica da Política (<i>Politics</i>)	119
A Dinâmica das Políticas (<i>Policies</i>).....	121
Os Atores.....	123
Os Desdobramentos da Agenda	125
CONCLUSÃO	128
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	131
REFERÊNCIAS DOCUMENTAIS	139
ANEXO I. Documentos do Banco de Dados da Pesquisa	143
ANEXO II. Roteiro de Entrevista.....	155
ANEXO III. Lista de Informantes-Chaves Entrevistados	161
ANEXO IV. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	162

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

ABC — Agência Brasileira de Cooperação.

AIDS — *Acquired Immunodeficiency Syndrome*.

AISA/MS — Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde do Ministério da Saúde (Brasil).

ANC — *African National Congress*.

ANVISA — Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

AOD — Ajuda Oficial para o Desenvolvimento.

ARV — Antirretrovirais.

ASSIM/MCTI — Assessoria de Assuntos Internacionais do Ministério de Ciência, Tecnologia e Informação (Brasil).

AYUSH — *Department of Ayurveda, Yoga & Naturopathy, Unani, Siddah and Homeopathy* (Índia).

AZT — Zidovudina.

BASIC — Brasil, África do Sul, Índia e China.

BLH — Banco de Leite Humano

BM — Banco Mundial.

BRIC — Brasil, Rússia, Índia e China.

BRICS — Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul.

CCCCT – Comité Conjunto de Cooperação Científica e Tecnológica

CDSCO — *Central Drugs Standard Control Organization* (Índia).

CIBAS — Coordenação do Fórum IBAS.

COMISTAS — Reuniões Ministeriais de Chanceleres ou Comissões Mistas.

CNPq — Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Brasil).

DHS — Direitos Humanos e Temas Sociais.

DIB — Divisão de IBAS e BRICS.

DIBAS — Divisão do Fórum Índia, Brasil e África do Sul.

DIRC — *Department of International Relations and Cooperation* (África do Sul).

DMR/MRE — Departamento de Mecanismos Inter-Regionais do Ministério de Relações Exteriores (Brasil).

DS&T — *Department of Science and Technology* (Índia).

DTS — Divisão de Temas Sociais.

EUA — Estados Unidos de América.

FIOCRUZ — Fundação Oswaldo Cruz.

FLS — Fundação Lyndolpho Silva.

Fórum IBAS — Fórum de Diálogo Índia, Brasil e África do Sul.

Fundo IBAS — Fundo IBAS de Combate à Fome e à Pobreza.

FURP — Fundação para o Remédio Popular do Estado de São Paulo.

G-8 — Grupo das sete maiores economias do mundo mais a Rússia – Formado por Estados Unidos, Japão, Alemanha, Inglaterra, França, Itália, Canadá e Rússia. Já não mais corresponde aos sete maiores valores de Produto Interno Bruto do mundo.

GHPs — *Global Health Initiatives*.

GT/GTs — Grupo de Trabalho / Grupos de Trabalho.

HIV/AIDS — *Human Immunodeficiency Virus Infection / Acquired Immunodeficiency Syndrome*.

IBAS — Fórum de Diálogo Índia, Brasil e África do Sul.

ICMR — *Indian Council of Medical Research*.

IDH — Índice de Desenvolvimento Humano.

IMRC — *International Multilateral and Regional Cooperation* (Índia).

IMPA — Instituto de Matemática Pura e Aplicada.

MEA — *Ministry of External Affairs* (Índia).

MCT — Ministério de Ciência e Tecnologia (Brasil).

MCTI — Ministério de Ciência, Tecnologia e Informação (Brasil).

MH&FW — *Ministry of Health & Family Welfare* (Índia).

MDR — Menor Desenvolvimento Relativo.

MRA — *Medicines Regulatory Affairs* (África do Sul).

MRC — *Medical Research Council* (África do Sul).

MRE — Ministério de Relações Exteriores (Brasil).

MS — Ministério da Saúde (Brasil).

MSF — Médicos Sem Fronteiras.

NACOSA — *Networking HIV, AIDS Community of South Africa*.

NDoH — *National Department of Health* (África do Sul).

NICD — *National Institute of Communicable Diseases* (Índia).

NIE — *National Institute of Epidemiology* (Índia).

NIV — *National Institute of Virology* (Índia).

NRF — *National Research Foundation* (África do Sul).

NV — Nascidos Vivos.

OBC — *Overseas Bilateral Cooperation*.

ONU — Organização das Nações Unidas.

OMC — Organização Mundial do Comércio.

OMPI — Organização Mundial de Propriedade Intelectual

OMS — Organização Mundial da Saúde.

OPAS — Organização Pan-americana da Saúde.

PALOPs — Países de Língua Oficial Portuguesa.

PIB — Produto Interno Bruto.

PPP — *Public Private Partnerships*.

PNUD — Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

PT — Partido dos Trabalhadores

SGAP II — Subsecretaria Geral Política II.

SUS — Sistema Único de Saúde

SVS/MS — Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (Brasil).

TAC — *Treatment Action Campaign*.

TRIPs — *Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*.

UE — União Europeia.

UFPE — Universidade Federal de Pernambuco.

UFRJ — Universidade Federal do Rio de Janeiro.

UNICEF — Fundo das Nações Unidas para a Infância.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo Teórico de <i>Multiple Streams</i>	30
Figura 2. Síntese do Modelo Teórico Conceitual	39
Figura 3. Estrutura de Funcionamento Operacional do Fórum de Diálogo	55
Figura 4. Composição dos Grupos de Trabalho (GT) de Saúde e de Ciência e Tecnologia do IBAS.	57
Figura 5. Linha do Tempo do Processo de Negociação da Cooperação Bilateral em Saúde: Índia- Brasil.	75
Figura 6. Linha do Tempo do Processo de Negociação da Cooperação Bilateral em Saúde: Brasil- África do Sul	86
Figura 7. Linha do Tempo do Processo de Negociação da Cooperação Trilateral em Saúde do Fórum IBAS: Índia, Brasil e África do Sul	113

INTRODUÇÃO

O Fórum de Diálogo Índia, Brasil e África do Sul — IBAS é uma entidade política dedicada a reforçar a posição dos seus países-membro nos fóruns multilaterais e um mecanismo de cooperação entre eles (Souza, 2009). Criado em junho de 2003 como uma aliança entre países em desenvolvimento do Sul geopolítico tem como objetivos: a) fortalecer posições comuns em fóruns multilaterais; b) estimular o intercâmbio comercial e tecnológico; c) erradicar a pobreza e a fome em outros países em desenvolvimento e d) promover a inclusão e a equidade social (Declaração de Brasília, 2003). Em reiteradas oportunidades, os países-membros do Fórum têm reafirmado a cooperação Sul-Sul como um componente essencial e fundamental da cooperação internacional para o desenvolvimento (IBAS, 2006).

Na área da saúde alguns esforços para promover a cooperação bilateral entre os três países antecederam à constituição do Fórum. No ano 2000, Brasil e África do Sul assinaram um acordo que previa doze áreas comuns de cooperação técnica, entre elas saúde (MRE, 2000). No caso da Índia, a cooperação bilateral com o Brasil foi ampliada consideravelmente no fim da década de 1990, sobretudo nas áreas de ciência e tecnologia e fármacos (Bueno, 2012, p. 259). Em 2002, ambos os países assinaram o Memorando de Entendimento para Cooperação Política, Econômica, Científica, Tecnológica e Cultural (MRE, 2002), que pretendia, entre outras finalidades, promover a transferência tecnológica bilateral e encorajar o acesso mútuo ao mercado para produtos dos dois países.

Como outro antecedente destaca-se o papel desempenhado por Índia, Brasil e África do Sul nas discussões relativas ao acesso a medicamentos, primeiro de forma individual e depois no âmbito da associação IBAS. Segundo alguns autores (Du Preez, 2007; Giaccaglia, 2010), essa articulação teria contribuído para o estabelecimento de novos padrões de governabilidade mundial na área da saúde. Além de enfrentar batalhas legais contra as empresas farmacêuticas multinacionais, esses três países lideraram, em 2001, as conversações no âmbito da Organização Mundial da Saúde (OMS) que levaram à aprovação da Resolução sobre HIV/AIDS e ao documento Aumentando a Resposta ao HIV/AIDS, que enfatiza a cooperação internacional para o fortalecimento das políticas farmacêuticas e estabelece o acesso a medicamentos para pacientes com HIV/AIDS como direito humano fundamental. Os antecedentes de cooperação bilateral em saúde e a defesa conjunta de posições relativas à epidemia de HIV/AIDS e ao acesso universal ao tratamento antirretroviral contribuíram para a maior aproximação desses países e foram determinantes para a constituição do Fórum IBAS (Bueno, 2012).

A Declaração de Brasília (2003), documento constitutivo do Fórum, aborda a saúde como objeto de cooperação entre os países-membro, destacando a troca de experiências de combate a doenças como uma forma proveitosa de cooperação. Em termos gerais, a cooperação setorial no IBAS prioriza dezesseis áreas¹, entre elas a saúde, e objetiva implementar ações concretas que estimulem a exploração de sinergias em áreas de interesse mútuo, aprofundando o conhecimento recíproco por meio da troca de melhores práticas entre os três países (Fernandes, 2012; Fledes, 2012). Para tal, foi estabelecido o Grupo de Trabalho de Saúde, cujas atividades começaram em 2004. Não obstante, em temas concernentes a doenças, tais como HIV/AIDS, malária e tuberculose, também atua o Grupo de Trabalho de Ciência e Tecnologia, criado no mesmo ano. O GT de Saúde fica encarregado da prevenção, controle e distribuição de medicamentos e o GT de Ciência e Tecnologia se ocupa do aspecto de desenvolvimento tecnológico e inovações (Faria et al., 2012, p. 205; Nogueira, 2009, p. 113).

Desde o início, o Grupo de Trabalho de Saúde definiu áreas de interesse comum com potencial cooperativo que foram incorporadas ao Plano de Ação do Fórum IBAS (direitos de propriedade intelectual e seu impacto no acesso a medicamentos; medicina tradicional; integração entre laboratórios e regulamentação sanitária; levantamento epidemiológico; vacinas; e pesquisa e desenvolvimento de produtos do setor farmacêutico). Ao mesmo tempo, o Programa de Trabalho 2005-2007 explicitou áreas prioritárias de cooperação em ciência e tecnologia para esse período, entre as quais a saúde teve destaque². Mais recentemente, em outubro de 2007, os Chanceleres dos três países assinaram o Memorando de Entendimento em Cooperação na Área de Saúde e Medicina do Fórum IBAS, que permaneceria em vigor por um período de cinco anos. Dez áreas prioritárias foram definidas para o desenvolvimento de projetos de cooperação³.

¹ As dezesseis áreas de cooperação setorial do IBAS são: i) Administração Pública e Governança; ii) Administração Tributária e Aduaneira; iii) Agricultura; iv) Assentamentos Humanos; v) Ciência e Tecnologia; vi) Comércio e Investimento; vii) Cultura; viii) Defesa; ix) Desenvolvimento Social; x) Educação; xi) Energia; xii) Meio Ambiente; xiii) Saúde; xiv) Sociedade da Informação; xv) Transporte e xvi) Turismo. Essas representam áreas de interesse para o fortalecimento do relacionamento trilateral do Fórum.

² A cooperação seria iniciada nas áreas de: HIV/AIDS, tuberculose e malária; biotecnologia na saúde e na agricultura; nanociências e nanotecnologia; e ciências oceanográficas.

³ Essas áreas são: i) HIV/AIDS; ii) desenvolvimento de programa de tuberculose (TB), inclusive medicamentos de programas comunitários e co-infecção HIV e TB; iii) programas de controle da malária, inclusive programas comunitários para diagnóstico, tratamento e controle de vetores; iv) programas de assistência farmacêutica, inclusive regulamentação e registro de produtos de saúde; v) fornecimento de medicamentos; vi) vacinas; vii) pesquisa e desenvolvimentos tecnológicos em medicina, em consonância com o Programa de Trabalho do IBAS para Ciência e Tecnologia (C&T); viii) medicina tradicional; ix) direitos de propriedade intelectual; e x) vigilância sanitária.

Considerações Preliminares

Comparado com outras coalizões, o IBAS é uma iniciativa relativamente recente e de grande atualidade que expressa a tentativa de construir força política para influir na dinâmica do sistema mundial e no seu ordenamento político-econômico global. Embora exista uma produção científica crescente sobre esse Fórum, analisada por Fernandes (2012), a temática da saúde no IBAS tem sido pouco abordada.

Buss e Ferreira (2009) apresentam uma descrição panorâmica sobre a questão da saúde nos momentos iniciais do Fórum, centrada nos Grupos de Trabalho e eventos realizados sobre o tema da cooperação em saúde, e da cooperação em tecnologia vinculada à área da saúde.

A maior parte dos trabalhos que estudam a saúde no IBAS assinala o foco na epidemia de HIV/AIDS, sobretudo nas questões referidas às patentes farmacêuticas e aos direitos de propriedade intelectual. Giaccaglia (2010) analisa a evolução das negociações realizadas em diversas instâncias multilaterais por Índia, Brasil e África do Sul, de forma individual e como coalizão. A autora examina o papel que os diferentes atores desses países desempenharam em relação às patentes farmacêuticas e o acesso a medicamentos para doenças infecciosas, concluindo que esses processos provocaram mudanças nos padrões da governabilidade global em saúde (Giaccaglia, 2010, p. 302).

Bueno (2008), por sua vez, faz uma breve análise sobre o que denomina de “regimes internacionais da AIDS e da propriedade intelectual” no âmbito do Fórum IBAS. A autora analisa a institucionalização do IBAS e a importância da questão da AIDS na agenda cooperativa trilateral discutida no Fórum, realizando uma comparação entre os “regimes” da AIDS e da propriedade intelectual. E, em 2012, apresenta uma análise das atividades conjuntas dos países do IBAS na questão da AIDS, explorando como essa epidemia influenciou tanto as prioridades de política externa dos três Estados, quanto às ações internacionais do IBAS. A autora sublinha que os países do Fórum usam sua política externa como um mecanismo para melhorar a resposta doméstica à epidemia de HIV/AIDS, bem como para fortalecer sua posição de líderes do Sul geopolítico mundial (Bueno, 2012, p. 279).

O papel do Fórum IBAS na Organização Mundial do Comércio (OMC) é objeto de análise de Du Preez (2007) que faz uma avaliação crítica da atuação dos países-membros na discussão das questões de propriedade intelectual. Du Preez argumenta criticamente que o IBAS visa estabelecer uma coalizão por meio de processos que promovem as dimensões cooperativas, mas minimizam as dimensões conflitivas da interação entre os três países. Nesse sentido, analisa as questões referidas ao Acordo TRIPS (*Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*) e à HIV/AIDS para mostrar

como o IBAS poderia cimentar uma coalizão multilateral mais coerente e viável politicamente. Nessa mesma linha, Flesher (2009, 2012) apresenta o Fórum IBAS como um caso de estudo de uma coalizão de países emergentes do Sul que visa mudanças nas relações internacionais. O autor faz uma análise crítica dos interesses, estratégias e valores do Fórum, bem como do impacto dessa coalizão na ordem global. Nessa análise, a epidemia de HIV/AIDS aparece como o único assunto em que os países-membros do IBAS mostram convergência conjuntural de interesses, particularmente no que se refere aos direitos de propriedade intelectual.

Por fim, White (2010) aponta que os Grupos de Trabalho têm obtido resultados variados e destaca a liderança do GT de Ciência e Tecnologia, que parece ter mostrado maiores avanços. Contudo, o autor não aprofunda as razões dessa dinâmica. Num estudo mais recente, Solou Kondou (2013) também encontra que permanecem as variações na implementação entre as diversas áreas de cooperação do IBAS. A autora atribui essas variações às diferentes prioridades entre os ministérios, a persistência de barreiras tarifárias e a limitações intra-burocráticas. Fernandes (2012), por meio de uma análise documental comparativa de conteúdo, aplicada à produção acadêmica recente sobre o IBAS, encontra que a bibliografia com perspectiva crítica é pouco numerosa, se comparada com aquela dedicada a qualificar e distinguir o grupo de países-membros. Além disso, argumenta-se que a escassa bibliografia apontaria o progresso lento das articulações trilaterais, a baixa complementaridade entre os membros do Fórum e a necessidade de maior coerência e foco para os objetivos do agrupamento (Fernandes, 2012).

Em suma, a literatura que discute a temática da saúde no Fórum IBAS ainda é pouco numerosa e grande parte dela não aprofunda a análise sobre a agenda de cooperação internacional entre seus países-membros, incluindo na saúde, ou os arranjos cooperativos estabelecidos entre eles. Concentram-se, em geral, nas ações de concertação política desses países para a flexibilização dos TRIPS na OMC. Por outro lado, são poucos os trabalhos que analisam os desdobramentos das propostas de cooperação que emergem dos Grupos de Trabalho do Fórum e os esforços de compreensão das características, desenvolvimento e desafios da cooperação trilateral em saúde dos países-membros do Fórum IBAS são esparsos.

O Fórum IBAS já completa uma década de existência com propostas de cooperação Sul-Sul em saúde e a sua dinâmica e o aprofundamento crítico sobre esse tema, em especial, demandam análises críticas mais aprofundadas. A presente dissertação parte da identificação dessa lacuna na produção do conhecimento e pretende contribuir para a reflexão sobre o IBAS, mais especificamente sobre sua atuação na definição de uma agenda consequente de cooperação bi ou trilateral em saúde. Tem como objetivo analisar o processo de formulação da agenda de cooperação em saúde do Fórum

IBAS, bi ou trilateral, no período 2003-2013, procurando identificar seus desdobramentos em projetos concretos de cooperação entre os países-membros. O trabalho parte da recuperação e análise da história de constituição do Fórum e de sua estrutura organizacional, destacando a ação dos Grupos de Trabalhos setoriais que estão diretamente envolvidos com a cooperação em saúde. Analisa o processo de formulação da agenda de cooperação em saúde, construindo sua historiografia e identificando os principais atores envolvidos e os temas propostos em conjunturas específicas.

Pretende-se com este trabalho colaborar para um melhor entendimento e aportar subsídios para a reflexão sobre o papel, na área de cooperação Sul-Sul em saúde, tanto do Fórum IBAS quanto das coalizões plurilaterais de países.

PANORAMA TEÓRICO E CONCEITUAL

O panorama teórico e conceitual aqui apresentado tem como base uma revisão da literatura, que abrangeu textos selecionados referidos às relações internacionais, à cooperação Sul-Sul e questões relacionadas à formulação de agendas e ao processo decisório no âmbito das políticas públicas. Essa escolha se justifica pelo recorte do objeto de estudo desta pesquisa, cuja análise requer articular diferentes abordagens e enfoques teóricos.

Plurilateralismo e Cooperação Sul-Sul

O plurilateralismo, entendido aqui na perspectiva de Vaz (2010), configura-se como arranjos multilaterais entre um número limitado de Estados com interesses particulares, e supostamente, comuns. Apresentando alguma flexibilidade em relação ao multilateralismo, permitiria aos países maximizar sinergias políticas, entre si e com seus seguidores, na resolução de problemas regionais e globais (Vaz, 2010, p. 26). Embora não seja uma prática nova, pois já foi utilizada por blocos de países como o G-8 e o G77 (Chenoy, 2010), o plurilateralismo tem sido discutido atualmente como uma alternativa aos arranjos multilaterais tradicionais, em situações específicas.

Os países emergentes, assim caracterizados por seu potencial econômico e político para fortalecer os poderes regionais capazes de participar e influenciar na definição de uma nova governança mundial, encontraram no plurilateralismo uma forma de se agrupar para construir força política de forma a intervir na arena internacional e facilitar a consecução dos seus interesses comuns. Assim, o Fórum IBAS constitui-se um exemplo de arranjo plurilateral de países emergentes (Vaz, 2010; Chenoy, 2010).

Alguns autores mencionam que a formação do IBAS seria tanto uma sinalização como uma consequência do novo cenário internacional (Moura, 2009, p. 17). Inicialmente ironizado como uma mera reedição do Terceiro-Mundismo e do não-alinhamento da década dos setenta (Visentini et al., 2009, p. 43), o Fórum IBAS passou a ser interpretado como uma nova geração de coalizões internacionais que, ao contrário das anteriores, congregaria um número menor de países em torno de uma agenda mais seleta (Vaz, 2012). Segundo Lima (2010), o Fórum IBAS defende posturas que combinam revisionismo com propostas construtivas de fortalecimento da atuação dos seus países-membros em nível internacional, incluindo também arranjos cooperativos.

Em relação à cooperação Sul-Sul em geral, Puente (2010) identifica entre as suas motivações ao menos três matrizes fundamentais: a idealista, a estruturalista e a realista. A matriz idealista teria como base fatores éticos, culturais e históricos, realçando os vínculos culturais e a história comum de

ex-colônias. A matriz estruturalista embasaria a cooperação Sul-Sul na conscientização dos países em desenvolvimento, que se reconheceriam como agentes de sua própria transformação e cooperariam para construir mutuamente força política no cenário internacional. A matriz realista compreenderia a cooperação Sul-Sul como um dos instrumentos disponíveis para os países em desenvolvimento, especialmente os emergentes, para defender seus interesses no cenário internacional (Puente, 2010, p. 91). Para este autor, a cooperação Sul-Sul não se enquadraria num padrão teórico único e, portanto, sua análise deve se alimentar dos fundamentos e fatores que as distintas teorias e matrizes proporcionam.

É importante distinguir, porém, entre a retórica dos países do Sul e a prática de cooperação realizada por eles. Como explica Leite (2012), ainda “que os problemas que atingem os países em desenvolvimento sejam similares, as oportunidades e desafios à mudança política são particulares, ligados a ideologias, *lobbies* e aparatos burocráticos específicos” (p. 25). Portanto, apesar das proximidades entre os países do Sul geopolítico, as opções de políticas em cada um deles são bastante particulares.

Assim, a diversidade é a característica distintiva da cooperação Sul-Sul, que engloba uma ampla gama de práticas e ações realizadas por atores diversos. Na América do Sul a assistência técnica tem sido uma das formas mais comuns de cooperação bilateral entre os países da região, devido ao seu baixo custo com a utilização das capacidades nacionais disponíveis, e inclui também ações voltadas para o desenvolvimento social, assistência financeira e cooperação em infraestrutura (energia) (Sanahuja, 2011, p. 214). A cooperação da China, por sua vez, é realizada principalmente por meio de projetos com atividades que se assemelham a investimentos estrangeiros diretos, cooperação técnica e alívio da dívida (RoA Committee, 2010). No caso da cooperação realizada pela Arábia Saudita destacam-se projetos assistenciais (não de cooperação técnica) e apoio orçamentário para redução da dívida interna dos países (RoA Committee, 2010).

Frequentemente os governos, as ONGs e a academia defendem que o caráter, alvo e ferramentas da cooperação Sul-Sul são, por definição, melhores que os da cooperação Norte-Sul, e alguns autores enumeram suas vantagens: a) maior flexibilidade para a transferência de boas práticas; b) maior adequação das iniciativas de cooperação às necessidades dos receptores; c) menor ou nula condicionalidade da ajuda; d) menor custo econômico das iniciativas; e) impacto rápido e direto sobre a população beneficiária; f) preservação da diversidade e identidade cultural local; g) maior uso de recursos locais, gerando maior sentido de apropriação (Ayllón, 2009; Lengyel et al., 2010; Puente, 2010; Sanahuja, 2011).

Apesar dessas vantagens, esses mesmos autores, entre outros assinalam as limitações da cooperação Sul-Sul, que em parte coincidem com as da cooperação Norte-Sul: a) fragmentação da ajuda e problemas de coordenação entre os doadores; b) falta de dados e informações acessíveis, consolidadas e confiáveis; c) dificuldades de financiamento; d) não alinhamento às estratégias de desenvolvimento do receptor; e) escassa cultura de avaliação de impacto; f) inexistência de uma política nacional consolidada de cooperação, tanto no país doador quanto no receptor (Ayllón, 2009; Lengyel et al, 2010; RoA Committee, 2010; Sanahuja, 2011; Leite, 2012). Além disso, alguns estudos mostram que, ressalvadas as diferenças entre os países, a cooperação internacional também é determinada, em boa medida, por motivações geopolíticas, geoestratégicas ou por interesses econômicos e comerciais específicos (Kharas, 2007; Rowland, 2008; Bobiash, 1992 *apud* Ayllón, 2009).

Em síntese, a cooperação Sul-Sul seria um instrumento político que traria novidades e mudanças à cooperação internacional para o desenvolvimento. Contudo, existem grandes lacunas de conhecimento na reflexão sobre a dimensão teórica e analítica da cooperação em geral e da cooperação Sul-Sul em particular, assim como sobre seus desenvolvimentos históricos e inflexões em momentos conjunturais específicos que podem interferir na operacionalização dos princípios proclamados, ressaltando, inclusive, que a cooperação Sul-Sul tampouco está completamente livre dos paradigmas da cooperação tradicional (Almeida, 2013).

Cooperação Sul-Sul em Saúde

A saúde tem sido objeto de numerosas experiências de cooperação internacional e de ajuda externa, impulsionadas por motivações e estratégias diversas, por uma ampla gama de atores. Segundo Buss e Faid (2013), o modelo dominante de cooperação internacional em saúde (Norte-Sul) tem sido implementado principalmente por agências nacionais de cooperação dos países desenvolvidos e por organismos multilaterais tais como o Banco Mundial e as agências das Nações Unidas (OMS, Organização Pan-americana da Saúde — OPAS, Fundo das Nações Unidas para a Infância — Unicef, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento — PNUD, entre outras).

Vários autores referem também que, mais recentemente, a quantidade e diversidade dos atores envolvidos na cooperação internacional em saúde ampliaram-se consideravelmente, sobretudo a partir dos anos 2000, quando as ‘Parcerias Público-Privadas’ (*Public Private Partnerships*—PPP) e as ‘Iniciativas Globais em Saúde’ (*Global Health Initiatives*—GHPs), também um tipo de PPPs, foram ativamente incentivadas pelos organismos multilaterais e o Banco Mundial, passando a ter papel de destaque na arena internacional (Ravishankar et al., 2009; Almeida, 2013).

A cooperação em saúde entre os países do Sul teve momentos de enaltecimento, estagnação e retomada, desenvolvendo-se de forma irregular e contraditória ao longo do tempo, com poucos resultados visíveis (ou mensuráveis). Os contextos políticos, econômicos e sociais das diferentes conjunturas mundial, e particular dos diferentes países, assim como os vários atores envolvidos têm interferido significativamente nessa dinâmica (Almeida et al., 2010; Almeida, 2013).

A partir do final do século XX, mais visivelmente na primeira década deste novo século, o retorno das questões de saúde para as agendas de política externa e o aumento do interesse global nos assuntos que envolvem saúde refletiu-se também nas agendas de desenvolvimento dos países menos desenvolvidos e nos ‘emergentes’ e, em consequência, a questão da cooperação em saúde, sobretudo no âmbito Sul-Sul, ganhou novo alento (Almeida et al., 2010 e 2013; Carrillo Roa et al., 2012; Buss et al., 2013).

Segundo Kickbusch (2009), a “nova arena da saúde global” (p. 329) incorpora não apenas organizações regionais, novas coalizões e outros atores, mas também tem que lidar com a crescente influência dos países emergentes, como China, Índia, Brasil, África do Sul e Rússia. Os autores afirmam que, cada vez mais, esses países participam ativamente na arena internacional da saúde, a partir dos fóruns decisórios dos organismos multilaterais, onde conseguem, eventualmente, exercer e articular alguma força política, a partir de complexas concertações e negociações para influenciar nas decisões globais (Kickbusch, 2009; Almeida, 2010 e 2013). Ao mesmo tempo, esses países também enfrentam sérios problemas sociais e de saúde em seus próprios territórios e vêm adotando a cooperação Sul-Sul como uma alternativa possível para melhorar sua situação de desenvolvimento e a saúde de suas populações.

Ruger e Nora (2010) mostram como os BRIC (Brasil, Rússia, Índia e China) e outros países do Sul têm implementado uma ampla gama de iniciativas de cooperação em saúde com outros países em desenvolvimento. As atividades são variadas e incluem cooperação técnica, prestação de assistência financeira aos países de baixa renda, melhoria de acesso a medicamentos e discussões sobre propriedade intelectual, reforço do vínculo entre saúde e política externa, entre outras. Cabe assinalar que, embora esses mesmos países (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul) sejam comumente agrupados como “potências emergentes” e colaborem entre si em questões relacionadas à saúde, a partir de diferentes coalizões ou Fóruns (BRICS, IBAS, BASIC–Brasil, África do Sul, Índia e China), suas histórias e perspectivas nacionais sobre saúde e suas relações com a política externa são bastante diferentes, distinguindo-os claramente nas suas formas de cooperação internacional (Bliss, 2010, p. iv). Portanto, não apenas as atividades são variadas, mas também as

abordagens, estratégias e modos de operacionalização da cooperação Sul-Sul em saúde são bastante distintas.

Paralelamente ao engajamento das potências emergentes, nesse processo de articulação entre si, as integrações regionais ao redor do mundo também têm contribuído para que a cooperação Sul-Sul em saúde prospere em espaços regionais definidos (Buss et al., 2013). Exemplos ilustrativos dessas iniciativas com plataformas regionais são encontrados nos distintos continentes e têm sido sistematizados por vários autores⁴.

Em trabalho anterior (Carrillo Roa e Santana, 2012, p. 373), constata-se que as experiências de integração regional trazem uma série de benefícios potenciais para o setor saúde, tornando-se um importante mecanismo para o desenvolvimento da cooperação Sul-Sul. Entre esses benefícios ressalta-se: a) economia de escala na aquisição de medicamentos e vacinas, que permitem ampliar e assegurar o acesso básico aos medicamentos; b) promoção de certa continuidade das políticas de saúde nos países-membro, apesar das mudanças frequentes nas lideranças, dado os compromissos assumidos nas decisões tomadas pelo bloco regional; c) maior facilidade na troca de boas práticas em saúde, com melhor compreensão e adaptação aos contextos locais; d) fornecimento de mecanismos para a ação conjunta em questões de calamidades ou problemas transfronteiriços, tais como inundações, seca, surtos de doenças, entre outros. Em resumo, os acordos de integração regional possibilitariam que Estados-membros realizassem atividades em saúde que não poderiam desenvolver por si só, seja por restrições técnicas, políticas ou financeiras.

É oportuno destacar que, a despeito dos benefícios potenciais da cooperação Sul-Sul, vários autores referem que sua operacionalização exige a institucionalização dos processos de cooperação e o compromisso dos parceiros com os resultados, positivos ou negativos, pois as “correções de rotas” e ajustes são permanentes nesse processo (Almeida et al., 2010; Almeida, 2013).

Em termos gerais, os objetivos que a cooperação Sul-Sul em saúde busca atingir são bem sintetizados por Almeida et al. (2010, p. 32) e por Buss e Ferreira (2010, p. 96):

- ✓ Passar de programas de ajuda ‘verticais’ (intervenções com enfoque em doenças ou situações e problemas particulares) para o enfoque ‘horizontal’, isto é, desenvolvimento integral e fortalecimento dos sistemas de saúde;

⁴ Entre eles podemos citar: Balladeli et al., 2009; Almeida et al., 2010; Buss et al., 2010b; Carrillo Roa et al., 2012; Buss et al., 2013; Torronteguy, 2010; Santana, 2011; Carrillo Roa et al., 2014.

- ✓ Priorizar o longo prazo, ao invés de concentrar-se principalmente nas necessidades de curto prazo, o que implica no fortalecimento de instituições-chaves dos sistemas de saúde para que adquiram a liderança dos processos;
- ✓ Mudar a estratégia de cooperação, calcada, em geral, em programas baseados numa única orientação global, para uma estratégia centrada na realidade do país parceiro, incorporando amplamente os determinantes da saúde;
- ✓ Priorizar programas de saúde coletiva de foco populacional ao invés de programas e atividades focadas estritamente em indivíduos.

Estes objetivos parecem coesos e, ao mesmo tempo, distantes daqueles que caracterizam o modelo tradicional de cooperação internacional em saúde Norte-Sul. No entanto, os resultados dos projetos em curso ainda são pouco visíveis, o acompanhamento e avaliação efetiva de seus desenvolvimentos ainda são pouco estruturados (Almeida et al., 2010; Almeida, 2013) e quando se trata das ‘motivações’ da cooperação Sul-Sul em saúde, a literatura disponível apresenta um cenário diferente do discurso retórico.

Segundo Bliss (2010), as motivações dos governos nacionais para se inserir no debate político da saúde global e se envolver em programas de cooperação internacional em saúde variam e dependem em grande medida das condições e conjunturas nacionais. Os impasses e desafios da cooperação Sul-Sul em saúde também são abordados pela literatura, que constata o desafio de construir consensos entre os atores políticos relevantes, nas distintas coalizões (Buss e Ferreira, 2010). Também são apontadas limitações de ordem geral, como fragmentação e falta de coordenação entre doadores; falta de informações acessíveis; falta de coordenação entre os Ministérios de Saúde e Relações Exteriores, salvo exceções, e entre outras instituições-chave que atuam na cooperação; dificuldades financeiras e de alinhamento nas estratégias de desenvolvimento dos parceiros e privilegiamento de interesses particulares (Almeida et al., 2010; Torronteguy, 2010; Carrillo Roa et al., 2012; Almeida, 2013; Buss et al., 2013).

Formulação de Agenda e Processo Decisório em Políticas Públicas

No que concerne ao processo de formulação de políticas públicas os autores assinalam sua complexidade que está dada pelo conjunto de elementos que envolve e suas interações ao longo do tempo. Esses elementos podem ser enumerados de forma concisa (Sabatier, 2007, p. 3-4): 1) multiplicidade de atores (grupos de interesse, atores governamentais e não governamentais (NGOs), pesquisadores, jornalistas, consultores etc.) com valores, interesses, preferências políticas e percepções diversas que podem ser profundamente arraigadas; 2) duração do processo, que pode ser

longo; 3) grande número de temas e problemas, com diferentes dimensões, envolvendo distintos níveis de governo e setores da sociedade civil; 4) necessidade de debates políticos em distintas arenas (legislativas, judiciais, administrativas e normativas) que envolvem disputas de diferentes ordens; 5) recursos financeiros; e 6) risco de indução política ou mesmo coerção (veladas ou explícitas), seja por atores nacionais ou internacionais.

Existem diferentes marcos analíticos que buscam explicar o processo de decisão para a formulação e implementação de políticas públicas, que vêm sendo desenvolvidos há algumas décadas, num esforço de apreensão e compreensão dessa complexidade. Segundo Sabatier (2007), a ‘análise de políticas’ nasce nos Estados Unidos (EUA) nos anos 1960 e, até os meados dos anos 1980 o marco teórico predominante para o seu estudo era a “abordagem por etapas” (*stages heuristic*)⁵ que, para fins analíticos, divide o processo político numa série de fases consecutivas (definição da agenda, formulação e legitimação de políticas públicas, implementação e avaliação) e analisa alguns dos fatores que afetam cada uma dessas etapas do processo decisório.

Essa abordagem permitiu avanços na análise de políticas públicas, estimulando estudos que aprofundaram cada etapa. Não obstante, a partir da década de 1980 vários autores, dentro e fora dos EUA⁶, criticaram essa abordagem, ressaltando suas debilidades e limites, impulsionando a revisão do tema e refinando as análises. Sabatier (2007, p. 7) enumera as críticas mais relevantes feitas à abordagem por etapas: 1) não identifica variáveis causais que regem o processo político inter e entre as fases; 2) descreve as fases de forma sequencial e muitas vezes imprecisa; 3) é impregnada de um vezo legalista (top-down), no qual o foco é principalmente a aprovação e implementação da legislação; 4) pressupõe um único ciclo de política, focado na legislação, simplificando em demasia o processo usual de vários ciclos que interagem e envolvem inúmeras propostas de políticas e leis, em distintos níveis. Entretanto, os autores destacam a formulação da agenda como uma etapa fundamental desses processos de decisão (Kingdon, 1995; Walt, 1994; Birkland, 2007).

“O termo ‘agenda’ pode ter múltiplos significados, inclusive no âmbito das políticas de governo, podendo se referir a um conjunto de tarefas a serem executadas por um indivíduo em específico período de tempo; uma lista de questões e problemas a serem abordados ou discutidos por uma instituição ou conjunto de atores; o plano que um organizador aspira seja seguido ou adotado por outro grupo de atores sem ser explicitado (agenda oculta); ou também um conjunto coerente de propostas, objetivos ou metas, vinculadas umas às outras, constituindo um grupo de ações preferidas por seus proponentes e que devem ser atingidas em um período definido (por exemplo, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio)” (Almeida, 2006, p.126).

⁵ Vários autores desenvolveram o marco teórico dessa “abordagem por etapas”, entre eles: Lasswell (1956), Jones (1970), Anderson (1975) e Brewer e deLeon (1983).

⁶ Entre eles: Nakamura (1987), Sabatier (1991), Sabatier e Jenkins-Smith (1993).

A definição ‘clássica’ de agenda foi elaborada por Kingdon (1995) e se refere à “lista de temas ou problemas que são alvo em dado momento de séria atenção, tanto por parte das autoridades governamentais quanto de pessoas fora do governo, mas estreitamente associadas às autoridades” (p. 222). Numa breve revisão Almeida (2006) chama a atenção que:

“[...] na literatura sobre a análise de políticas também esse termo adquire vários sentidos. Nessa perspectiva, a noção de agenda está estreitamente relacionada aos formuladores de políticas públicas e suas bases de apoio, negociação ou inter-relação, constituindo-se em momento importante do processo de formulação de políticas, com a participação de diversos atores sociais, nacionais e internacionais. E trata não apenas da introdução de determinados elementos na formulação da política, mas também da identificação de problemas e da indicação de soluções para resolvê-los” (Almeida, 2006, p. 126, a partir de Kingdon, 1995).

Para além da definição, os autores elaboram diferentes níveis e tipologias de agendas (Kingdon, 1995; Birkland, 2007). Kingdon ressalta a distinção entre a ‘agenda governamental’ e ‘agenda de decisões’, uma vez que são definidas por processos diferentes. Segundo este autor, a agenda governamental é constituída por temas e questões objeto das atenções e interesse dos governantes. No entanto, apenas um número restrito dessas questões é susceptível de compor a ‘agenda de decisões’, ou seja, “a lista dos assuntos dentro da agenda de governo encaminhada para deliberação” (Kingdon, 1995, p. 222). O autor assinala ainda que existem ‘agendas especializadas’, vinculadas aos diversos setores, tais como saúde, educação, transporte, entre outros; e que o objetivo dos atores envolvidos nas disputas presentes nos processos decisórios seria tanto colocar questões em ambas as agendas (governamental e de decisões), quanto evitar que determinados problemas cheguem a ser considerados nesses processos.

Alguns modelos têm sido construídos para explicar como são formuladas as agendas de políticas públicas, entre estes destacam-se o ‘*Multiple Streams*’, desenvolvido por John Kingdon (1984, 2003)⁷ e o ‘*Punctuated Equilibrium*’, desenvolvido por Frank Baumgartner e Brian Jones (1993). No livro ‘*Theories of the Policy Process*’ (2007), Sabatier incluiu ambos como parte do conjunto de “marcos teóricos mais promissores” (p. 7)⁸. Em seu texto de reflexões conceituais e metodológicas sobre análise de políticas de saúde, Walt e colaboradores (2008) assinalam o ‘*Multiple Streams*’ e o ‘*Punctuated Equilibrium*’ entre as “teorias influentes sobre o processo de

⁷ O livro de Kingdon “*Agendas, Alternatives and Public Policies*” tem várias edições, a primeira é de 1984. Nesta pesquisa foi utilizada uma versão em português da segunda edição da obra (1995) e algumas seções da edição de 2003, que inclui um capítulo adicional no qual Kingdon apresenta suas reflexões posteriores à primeira edição.

⁸ Os marcos teóricos analisados no livro são: Institutional Rational Choice; MultipleStreams; Social Construction and Policy Design; The Network Approach; Punctuated-Equilibrium Theory; The Advocacy Coalition Framework; Innovation and Diffusion Models; e The Policy Process and Large-N Comparative Studies.

políticas públicas” (p. 311)⁹. Capella (2006) também destaca ambos modelos “por sua capacidade explicativa sobre a formulação e alteração das agendas governamentais” (p. 25). Em virtude do objetivo desta pesquisa, que visa analisar o processo de definição da agenda de cooperação bi ou trilateral em saúde do Fórum IBAS e seu desdobramento em projetos concretos de cooperação entre seus países-membro, esses modelos analíticos são discutidos a seguir.

Multiple Streams

A teoria de *multiple streams* visa explicar os processos pré-decisórios da formulação de políticas públicas, focando na formulação da agenda (*agenda-setting*) e na especificação das alternativas de políticas. Kingdon (1995) argumenta que o processo de definição de políticas públicas tem um caráter ‘aleatório’, com três fluxos ou dinâmicas – ‘problemas, políticas (*policy*) e política (*politics*)’¹⁰ – que fluem de forma independente. Em conjunturas particulares os três fluxos se cruzariam, provocando a entrada de determinada questão na agenda. Kingdon também enfatiza relevância dos atores envolvidos no processo decisório.

Para Kingdon (1995), a *dinâmica dos problemas* busca explicar como certas situações são reconhecidas como problemas, adquirindo maior atenção por parte das autoridades governamentais. O autor afirma que os formuladores de políticas tomam conhecimento dessas situações por meio de categorias que denomina “indicadores, eventos-foco e *feedback*.” Esses ‘indicadores’ poderiam ser usados para avaliar a existência ou magnitude de uma situação, bem como para sinalizar mudanças. Os ‘eventos-foco’ (desastres, crises ou fatos simbólicos¹¹ poderosos) direcionam a atenção para situações específicas. Contudo, os efeitos desses eventos podem ser efêmeros e só se tornariam ‘sinalização de problemas’ se viessem acompanhados de outros eventos similares ou se houvesse alguma percepção preexistente da questão. O ‘*feedback* formal’ (tais como, monitoramento regular ou avaliação de orçamentos e projetos) ou ‘informal’ (reclamações que chegam à ouvidoria governamental) sobre programas ou políticas de governo ajudam as autoridades a tomar conhecimento de certas situações (Kingdon, 1995, p. 227).

Segundo Kingdon (1995) nem todas as situações problemáticas tornam-se problemas passíveis de entrar na agenda política. Só algumas dessas situações são reconhecidas como tal, e

⁹ Walt et al. (2008) consideram influentes três teorias: *multiple streams* (Kingdon, 1984); *punctuated equilibrium* (Baumgartner e Jones, 2003) e *top-down and bottom-up implementation* (Sabatier, 1999).

¹⁰ “Importante lembrar que, diferente da literatura anglosaxônica, onde se diferencia *policy* (o conteúdo das políticas, um marco de orientação para a ação) de *politics* (processo de decisão política, que envolve diversas instâncias e atores), na literatura latina só existe um único termo (política) que tem vários usos e sentidos, englobando ambos os significados” (Almeida, 2006, nota 3, p. 35).

¹¹ Stone (2002, p.137) afirma que as representações simbólicas são a essência da definição dos problemas na política. Segundo a autora, os símbolos são dispositivos políticos porque são criados coletivamente, moldam nossas percepções e suspendem o ceticismo, pelo menos temporariamente.

passam a receber maior atenção, em detrimento de outras, que podem ser tão ou mais importantes, dependendo do ator que a avalia. As situações-problema são definidas de várias formas pelos atores, a partir de seus valores e crenças; da comparação da situação atual com os desempenhos e políticas passadas ou com situações semelhantes em outros países; ou ainda porque determinado problema não é ‘conveniente’ para determinado ator naquele momento. Essa dinâmica de reconhecimento/aceitação e definição de problemas é crucial para a formulação das agendas políticas: a forma como uma situação se torna um problema (ou é estruturada como tal), concentra (ou desvia) a atenção das autoridades responsáveis e pode determinar a sua entrada ou não no processo de formulação de uma agenda e, conseqüentemente, de formulação e implementação de uma política (Kingdon, 1995, p. 228).

A *dinâmica política (politics)* também é crucial para explicar a importância ou irrelevância de um tema na agenda e incluiria três elementos: ‘o humor’ ou ‘clima nacional’ (*national mood*), as forças políticas organizadas por grupos de pressão e as mudanças administrativas e legislativas (*turnover*) (Kingdon, 1995). O ‘clima nacional’ refere-se à oscilação da opinião pública num determinado país em relação a determinadas questões. Além disso, os políticos percebem o apoio ou a oposição de certos grupos de interesse como indicadores de consenso ou dissenso na arena política. Se as forças políticas organizadas mostram apoio sobre uma proposta, é possível que o governo acelere sua inclusão na agenda. Por fim, as mudanças (no governo e na estrutura governamental) também afetam a formulação da agenda. Novos governos, com configurações partidárias ou ideológicas diferentes, mudam as agendas políticas para refletir suas concepções, preferências e propostas (Kingdon, 1995).

O surgimento e escolha de *alternativas de políticas públicas* é outro elemento relevante no processo de formulação da agenda. Para Kingdon (1995), a *dinâmica das políticas públicas (policy)* inclui um “caldo primitivo de políticas” (*policy primeval soup*), no qual muitas ideias surgem de forma desordenada, confrontando-se ou combinando-se umas com as outras, competindo pela aceitação nas redes de políticas. As ideias podem ser geradas por especialistas em “comunidades políticas” (*policy communities*), que incluem diferentes atores (pesquisadores, acadêmicos, servidores públicos, funcionários do Congresso) que compartilham preocupações comuns numa área ou subárea determinada (*policy area*), tal como saúde, meio-ambiente, entre outras. No início a quantidade de ideias pode ser grande, porém, conforme avança o processo decisório ocorreria uma ‘triagem’ e poucas ideias sobreviveriam. Segundo Kingdon (1995), alguns critérios permitem a seleção e o descarte de ideias: viabilidade técnica; antecipação de possíveis restrições (ex. restrições orçamentárias); congruência com os valores dos membros da comunidade de especialistas;

aceitabilidade do público; e receptividade dos políticos. Para esse autor, as propostas que parecem ser difíceis de implementar – aquelas que não estão em conformidade com os valores das comunidades ou cujos custos excedem os orçamentos – geram oposição ou resistências e pouca receptividade entre os políticos. Portanto, essas propostas têm uma menor chance de permanecer. Em caso contrário, quando uma ideia é considerada viável é difundida amplamente e incensadas pelos decisores.

Em momentos críticos as três dinâmicas do processo – problemas, políticas (*policy*), e política (*politics*) – se encontram, abrindo uma oportunidade de mudança na agenda. Nesses momentos, determinado problema seria reconhecido, uma proposta de política pública seria associada ao problema para solucioná-lo e o entorno político seria propício para a mudança, viabilizando a convergência entre as três dinâmicas (*coupling*) e possibilitando que os assuntos entrem na agenda. Esses momentos de confluência são denominados por Kingdon como ‘*janelas de oportunidade*’ (*policy windows*). O principal ponto enfatizado por Kingdon (1995) é que cada uma dessas dinâmicas (problema, política e políticas) tem ‘vida própria’ e a mudança na agenda somente ocorreria quando, de alguma maneira, essas três dimensões fossem consideradas conjuntamente (Kingdon, 1995, p. 237).

Por fim, ressaltam-se também os participantes envolvidos (‘visíveis’ e ‘invisíveis’) nos processos decisórios, que influenciam a formulação das agendas e a especificação de alternativas de políticas e soluções. O primeiro grupo, atores visíveis, teria maior influência na definição da agenda, enquanto o segundo, atores invisíveis, predominaria na escolha de alternativas e soluções (Kingdon, 1995, p. 230). O grupo de atores ‘visíveis’ receberia maior atenção da imprensa e do público e está constituído pelo presidente e autoridades governamentais dos primeiros escalões; membros do Poder Legislativo; mídia e os envolvidos com os processos eleitorais (partidos políticos, comitês de campanha e agregados). Já os atores ‘invisíveis’ predominam na geração de alternativas, propostas e soluções. Este último grupo incluiria servidores públicos, assessores parlamentares, acadêmicos, pesquisadores, consultores, analistas e grupos de interesse.

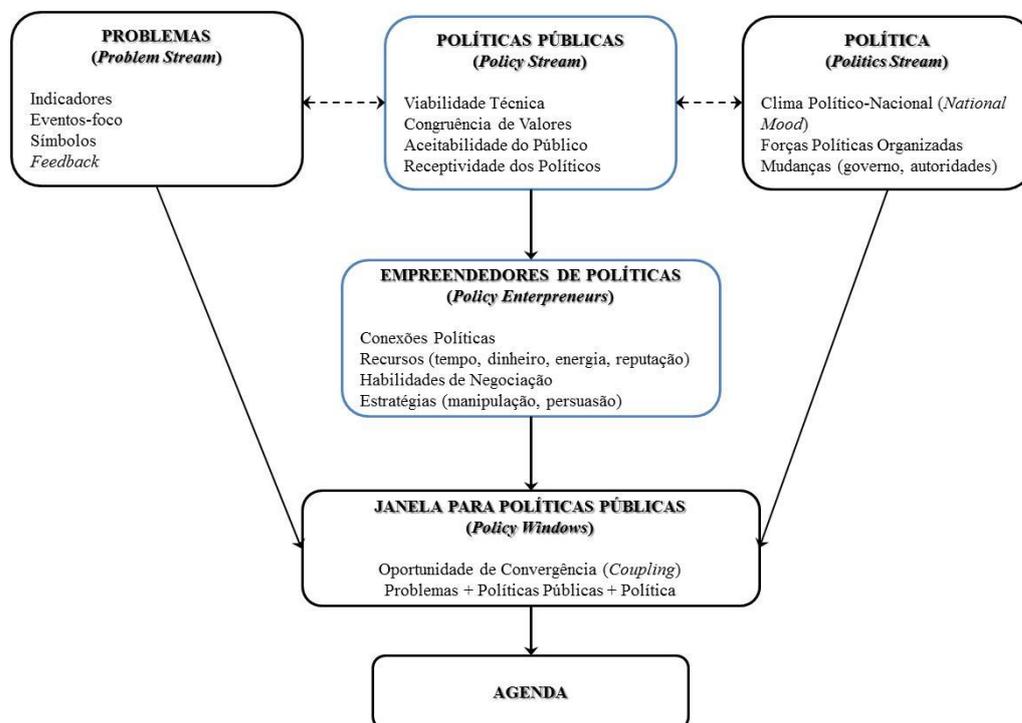
Argumenta-se que o papel dos atores na formulação da agenda pode ser definido por um modelo ‘*top down*’, com os políticos eleitos situados no topo (Kingdon, 1995, p. 230). Nessa estrutura hierárquica, os servidores públicos se dedicariam mais à proposição de alternativas ou à gestão de políticas existentes do que propriamente à formulação da agenda. Os acadêmicos, pesquisadores e consultores, por sua vez, também se concentrariam no desenvolvimento de propostas e soluções a problemas, formando ‘comunidades de especialistas’ em áreas específicas. Estes atores difundiriam suas ideias entre os formuladores de políticas governamentais e atores relevantes, por

meio de artigos em revistas e jornais especializados, depoimentos, conferências, entrevistas, entre outros.

Para Kingdon (1995) a atuação dos *empreendedores de políticas* (*policy entrepreneurs*) é crucial para que a junção das três dinâmicas resulte numa mudança de agenda. Segundo este autor, “os empreendedores de políticas são pessoas dispostas a investir recursos para promover políticas que possam lhes favorecer” (p. 238). Em resumo, os empreendedores devem ser capazes de unir os problemas às suas soluções e encontrar políticos receptivos às suas ideias (denominados ‘lobistas’ por outros autores). Sem um ‘empreendedor habilidoso’ a convergência entre as três dinâmicas pode não acontecer, permanecendo a agenda inalterada.

A Figura 1 a seguir é uma representação do *Multiple Streams*, que mostra como as três dinâmicas se articulariam pelos empreendedores de políticas públicas numa janela de oportunidade propícia, que possibilitaria mudanças na agenda.

Figura 1. Modelo Teórico de *Multiple Streams*.



Fonte: Elaboração própria a partir de Kingdon (1995; 2003), adaptado de Capella (2006) e Zahariadis (2007).

O modelo analítico de Kingdon (1995) se ancora amplamente na perspectiva teórica funcionalista, mas abriu espaço para o desenvolvimento teórico das análises do processo de decisão. Zahariadis (1995 e 1999 *apud* Capella, 2006) trabalhou sobre esse marco analítico (*Multiple Streams*) e propôs várias alterações: ampliou o modelo até a fase de implementação; aplicou-o para

comparar políticas públicas, relacionando políticas semelhantes em diferentes países; e mudou a unidade de análise em lugar de analisar diversas questões que circulam por entre a estrutura de governo, o autor focalizou uma única questão – a privatização. Mais recentemente, Zahariadis (2007) trouxe novos subsídios para o modelo proposto por Kingdon. O autor explica que as configurações institucionais das comunidades ou redes políticas, ou seu nível de integração, ligações entre os participantes, diferem entre os países, afetando o modo e o tempo em que as ideias emergem na dinâmica política e se tornam proeminentes. Segundo Zahariadis (2007), as comunidades políticas podem ser mais ou menos integradas. As menos integradas são maiores em tamanho, têm menor capacidade administrativa, agem em forma competitiva e seu acesso é menos restrito. Por outro lado, as redes mais integradas são menores em tamanho, agem em forma consensual, têm maior capacidade de atuação e o acesso é mais restrito (p. 72-73).

Na dinâmica dos problemas, o autor acrescentou mais um elemento, que denomina ‘carga de problemas’ (*problem load*), referindo-se à quantidade de problemas complexos que ocupam a atenção dos tomadores de decisão. Segundo Zahariadis (2007), a prioridade dada a um problema é, até certo ponto, função das preocupações dos decisores; mas, quanto maior a carga de problemas, menos eficaz será o uso das informações derivadas dos indicadores, dos eventos-foco e do *feedback* para reconhecer situações problemáticas e, em consequência, impulsionar a sua entrada na agenda (p. 72).

Apesar da grande aceitação do *Multiple Streams* entre os analistas de políticas públicas, algumas críticas têm sido publicadas. Os autores apontam que a estrutura e operacionalização do modelo proposto por Kingdon é muito fluida (Sabatier, 1997, *apud* Capella, 2006), e abstrata (Mucciaroni, 1992). Para Mucciaroni (1992), as características da estrutura do modelo o tornam inviável para a previsão de mudanças na agenda, uma vez que as explicações estão em boa medida relacionadas a sucessões de eventos fortuitos e aleatórios.

“O modelo por si só, não nos permite prever que tipos de problemas são susceptíveis de ser associado a que tipo de soluções e, por sua vez, os tipos de condições políticas que tornam mais provável para eles serem inseridos na agenda” (Mucciaroni, 1992, p. 464, tradução livre)¹².

Em resposta às críticas, Kingdon (2003) assinala que o *Multiple Streams* não estabelece relações mecânicas entre problemas e alternativas e sua lógica derivaria do modelo de *garbage can* que se caracteriza por trabalhar num sentido bastante diferente do determinismo que seria diferente

¹² No texto original: *The model by itself does not allow us to predict what kinds of problems are likely to be coupled with what kinds of solutions and, in turn, the kinds of political conditions that make it more likely for them to get on the agenda*, (Mucciaroni, 1992, p. 464).

das estruturas convencionais¹³. Para Kingdon (2003, p. 222), o seu modelo estaria estruturado, mas também deixaria espaço para uma aleatoriedade residual, como acontece no mundo real. No ‘*garbage can model of organizational choice*’ – de Cohen, March e Olsen (1972) – a escolha é conceituada como uma “lata de lixo” em que os atores, que participam ou não das decisões, despejam grande quantidade de problemas e soluções. Ninguém controlaria o processo de escolha, que seria altamente dinâmico e interativo (Zahariadis, 2007, p. 66). Entretanto, o modelo de *garbage can* também tem sido objeto de críticas (Bendor, et al., 2001).

Mucciaroni (1992) refere que o modelo de Kingdon não incorpora explicações historicamente fundadas e assinala a relevância dos antecedentes históricos na determinação dos itens que compõem a agenda¹⁴.

“Os itens que atingem a agenda em um determinado período têm suas raízes nas condições, eventos e escolhas do passado. O passado não determina o futuro, mas torna certos resultados mais ou menos prováveis. Além disso, as mudanças da agenda refletem amplas regularidades históricas. Mudanças na agenda refletirão um pouco as circunstâncias únicas de tempo e espaço, mas também acontece que os problemas e as soluções tendem a se agrupar, movendo-se dentro e fora da agenda mais ou menos durante os mesmos períodos” (Mucciaroni, 1992, p. 470, tradução livre).

Para esse autor, é importante mostrar como os problemas evoluem ao longo do tempo e como eles se baseiam em escolhas e eventos anteriores, ao invés de como eles, de repente, ganham proeminência. Nesse sentido, os autores formulam outros conceitos, como os de “*policy learning*”¹⁵ (Sabatier, 1993) e o de “*path dependence*”¹⁶ (David, 2007).

Outro elemento polêmico refere-se à independência dos três fluxos na dinâmica do modelo. Mucciaroni (1992) e Bendor et al. (2001) questionam que esses tais fluxos teriam “vida própria”. Para estes autores, a interdependência entre as dinâmicas seria mais adequada para a análise.

¹³ No texto original: *One reason that some readers find it difficult to appreciate the structure in something like the garbage can model is that its structure is not familiar. A Marxiststyle class structure, for instance, or a bureaucratic hierarchy, or a constitutional order is all more familiar. But that doesn't mean that the sort of model developed in this book has no structure; it's just an unfamiliar an unorthodox sort of structure.* (Kingdon, 2003, p. 223).

¹⁴ No texto original: *Items that reach the agenda in any given period have their roots in the conditions, events, and choices of the past. The past does not determine the future, but it does make certain outcomes more likely and others less so. In addition, agenda changes reflect broad historical regularities. Changes in the agenda will reflect somewhat the unique circumstances of time and space, yet it is also the case that problems and solutions tend to cluster together, moving on and off the agenda roughly during the same time periods.* (Mucciaroni, 1992, p. 470)

¹⁵ *Policy learning* é um conceito que se refere a uma forma de aprendizado coletivo vinculado às teorias organizacionais, já que as políticas são concebidas e implementadas por uma série de organizações e atores. Sabatier define “*policy learning as a relatively enduring alteration of thought or behavioural intentions that are concerned with the attainment (or revision) of the precepts of a policy belief system*” (Sabatier, 1993, p. 19).

¹⁶ Segundo Paul David (2007), *Path dependence* é um conceito importante para os cientistas sociais envolvidos no estudo dos processos de mudança, envolvendo interações sociais entre agentes econômicos ou políticos, que se caracterizam por *feedbacks* positivos e dinâmicas de retroalimentação. Para o autor, a ideia de *path dependence* refere a “processos que envolvem um desenvolvimento historicamente contingente” (David, 2007, p. 1, tradução livre).

Mucciaroni (1992) argumenta que mudanças em uma das dinâmicas poderiam desencadear ou reforçar mudanças em outra. O autor sugere uma concepção alternativa ao modelo, que salienta a interdependência entre as três dinâmicas, o que contribuiria para reduzir o caráter ‘aleatório’ e tornaria o modelo mais intencional e estratégico (p. 473-474). Sabatier (1999, p. 272, nota 5, *apud* Zahariadis, 2007) observa a independência entre as dinâmicas apenas como uma relação contingente, sujeita a verificação empírica. As políticas nem sempre seriam desenvolvidas em comunidades políticas e as soluções não emergiriam de forma independente dos problemas. Na segunda edição do seu livro, Kingdon (1995, p. 228) abre a possibilidade de a interação possa ocorrer na ausência de uma ‘janela aberta’. Além disso, em suas reflexões mais recentes, o autor aborda novamente a questão da independência dos fluxos inicialmente proposta: apesar de conservá-la, aceita a proposição de existência de fusões entre os fluxos em momentos diferentes daqueles em que as janelas (*policy windows*) se abrem e se opera a convergência dos fluxos (*coupling*)¹⁷ (Kingdon, 2003, p. 229).

Punctuated Equilibrium

A teoria de *Punctuated Equilibrium*, desenvolvida por Baumgartner e Jones (1993), postula que o processo de decisão política é caracterizado por longos períodos de estabilidade com mudança política mínima ou incremental, interrompidos por breves períodos de rápida transformação política. O modelo está baseado em dois eixos: estruturas institucionais e o processo de *agenda-setting*.

Segundo o modelo de Baumgartner e Jones (1993), milhares de questões podem ser consideradas simultaneamente dentro dos ‘subsistemas políticos’ e são processadas de forma paralela. Por sua vez, os líderes governamentais (sistema macropolítico) lidam com as questões de maior perfil em forma serial, decidindo uma de cada vez ou, no máximo, umas poucas de cada vez. De acordo com Baumgartner e Jones (1993), algumas questões permanecem nos subsistemas, constituídos por comunidades de especialistas (análogas às *policy communities* de Kingdon), enquanto outras alcançam o ‘sistema macropolítico’, promovendo mudanças na agenda.

Desse modo, a teoria de *Punctuated Equilibrium* inclui períodos de equilíbrio (ou perto da estagnação) quando um problema encontra-se no ‘subsistema político’, e períodos de desequilíbrio, quando um problema é forçado a entrar na agenda ‘macropolítica’. Neste último caso, pequenas alterações nas circunstâncias objetivas podem causar grandes mudanças na política; neste caso, os

¹⁷ No texto original: *I think that one amendment (...) is reasonable: There are some links between these streams at times other than the open windows and the final couplings. (...) Couplings are attempted often, and not just close to the time of final enactment. But the independence of the streams is still noticeable in the real world, and postulating that independence in building theories still has its uses.* (Kingdon, 2003, 229).

autores afirmam que o sistema está passando por um processo de *'feedback positivo'*. O *feedback* positivo ocorre quando mudanças, por vezes pequenas, provocam que as alterações futuras sejam amplificadas. Assim, algumas ideias se tornam populares rapidamente e são disseminadas como um efeito cascata em distintas arenas políticas, ocupando o lugar das antigas propostas (Baumgartner e Jones, 1993, p. 16-17) (semelhante ao processo de difusão das ideias dentro das *policy communities* de Kingdon). O *'feedback negativo'*, por outro lado, mantém a estabilidade do sistema e neste caso, as questões não se difundem além do subsistema.

Um subsistema dominado por um único interesse é caracterizado pelos autores como um monopólio de políticas (*policy monopoly*). Segundo Baumgartner e Jones (1993), um monopólio de políticas tem uma estrutura institucional definida, responsável pela elaboração de políticas em uma área, e sua responsabilidade é apoiada por alguma ideia ou imagem poderosa. Geralmente, esta imagem está ligada a valores políticos e pode ser comunicada de forma simples e direta ao público (Baumgartner e Jones, 1993, p. 5-7).

Assim, dois conceitos são centrais na teoria de *Punctuated Equilibrium: policy image* e *policy venues*. True, et al., (2007) explicam que *Policy image* refere à maneira pela qual um determinado problema e conjunto de soluções são conceituados. Segundo os autores, as *policy image* são uma mistura de informações empíricas e 'apelos emotivos', que podem influenciar a mobilização em torno de uma ideia. Uma imagem ou ideia pode predominar durante um longo período de tempo, mas pode ser contestada em momentos particulares, quando novos entendimentos sobre um problema e suas alternativas vêm à tona. Para Baumgartner e Jones (1993), a manutenção de um monopólio de políticas está altamente relacionada às *policy images*. Quando uma imagem é amplamente aceita, o monopólio de políticas é bem sucedido e se mantém no tempo. Quando existe divergência sobre a descrição ou entendimento de uma política, os defensores podem se concentrar em um conjunto de imagens, enquanto seus adversários focalizam-se em um conjunto diferente, o que pode colapsar o monopólio (Baumgartner et al., 1993, p. 26; True, et al., 2007, p. 162).

Policy venue são os atores e instituições que tomam decisões relacionadas a um determinado conjunto de questões (Baumgartner et al., 1993, p. 32). Alguns assuntos estão vinculados à competência de uma única instituição, enquanto outros podem estar relacionados a várias competências e instituições simultaneamente. De fato, as mudanças na demarcação das competências para lidar com uma questão podem ser frequentes (Capella, 2006). Cada *policy venue* tem a sua própria linguagem institucional, conjunto de participantes e limitações, o que leva ao desenvolvimento de estratégias entre aqueles que pretendem influenciar o processo de definição da agenda (True, et al., 2007, p. 162).

Para Baumgartner et al. (1999), os atores detêm o poder de monopólio por um tempo, mas acabam por enfrentar a concorrência com novos atores, com *policy images* alternativas, que ganham destaque. Quando um determinado *policy venue* e *policy image* dominam durante um período prolongado de tempo, o processo político será estável e incremental. Quando novos atores e imagens emergem, podem acontecer mudanças bruscas. Assim, o processo de formulação de agenda é constituído tanto pela estabilidade como pela mudança.

Assim, o modelo de *Punctuated Equilibrium* tem sido utilizado com frequência na análise do desenvolvimento de organizações (Gersick, 1991; Romanelli and Tushman, 1994) e de políticas públicas em sistemas políticos estáveis, que parecem não responder a processos cíclicos regulares ou incrementais de mudanças. Entretanto, alguns autores apontam certas fragilidades desse modelo, particularmente no que se refere a imprecisões conceituais quanto à duração dos períodos de estabilidade para serem considerados longos o suficiente (van der Heijden, 2013) e limitações do modelo quando testado empiricamente (Howlett, 1997; Robinson et al., 2007).

Embora o *Multiple Streams* e o *Punctuated Equilibrium* apresentem várias similaridades e complementariedades, existem diferenças nas ênfases que cada modelo coloca em certas características do processo (Eustis, 2000; Capella, 2006). Segundo Capella (2006), parte das diferenças estaria vinculada ao objeto de estudo dos autores e às suas próprias pesquisas¹⁸.

Não apenas as metodologias usadas, mas também os períodos de tempo considerados em cada estudo de caso são bastante diferentes. O modelo de *Punctuated Equilibrium* busca analisar processos de elaboração de políticas públicas caracterizados por longos períodos de estabilidade ou mudança incremental, pontuados por breves períodos de rápida mudança política. Tais períodos de análise costumam ter duração mínima de 30 a 50 anos (van der Heijden, 2013), uma vez que exigem grandes bases de dados para o estudo dos raros momentos de mudança política, em meio a longos períodos de estabilidade (Robinson et al., 2007).

Dado que o Fórum IBAS, objeto desta pesquisa, completou apenas uma década de existência, não seria possível realizar análises de longo prazo. Por esse motivo, tal modelo de análise foi descartado. Por outro lado, o *Multiple Streams* (Kingdon, 1995) fornece elementos que podem ser utilizados para os propósitos desta pesquisa, provendo subsídios significativos que servem como ponto de partida para a análise pretendida, incorporando-se, porém as críticas ao modelo já

¹⁸ “Enquanto Kingdon buscou coletar dados por meio principalmente de entrevistas com a elite governamental, mas também através de estudos de caso, durante um período de quatro anos. Baumgartner e Jones codificaram centenas de artigos publicados pela mídia e audiências no Congresso relacionados às políticas em estudo durante um período de quarenta a cem anos” (Capella, 2006, p. 45).

assinaladas e resgatando algumas contribuições de outros autores que também trabalharam a formulação de agenda (*agenda setting*) e análise de políticas, explicitadas a seguir.

Outros elementos para a análise

Na teoria de *agenda setting* proposta por Grindle e Thomas (1991), os autores realizam uma distinção entre ‘problemas urgentes’ (*pressing problems*) e ‘problemas escolhidos’ (*chosen problems*). Os problemas urgentes são aqueles que pressionam os tomadores de decisão e exigem algum tipo de resposta (Grindle e Thomas, 1991, p. 77). Esse tipo de problema não determina como eles responderão. Os problemas escolhidos, para Grindle e Tomas (1991, p. 77, tradução livre), “são aqueles que foram eleitos pelos tomadores de decisão como resultado de suas próprias preferências e percepções”. Este tipo de distinção de problemas proporciona um elemento explicativo que pode facilitar a análise sobre a composição de uma agenda de cooperação em saúde.

Walt (1994) e Walt et al. (2008) em seus trabalhos sobre análise de políticas de saúde também aportam uma série de questionamentos e considerações sobre o processo de formulação de políticas públicas (inclusive na área da saúde) que, embora não estejam diretamente voltados para o modelo de Kingdon, contribuem para avançar na análise. Para Walt (1994), a formulação de políticas é um processo político e não apenas um processo analítico de resolução de problemas. Portanto, esse processo implica na negociação e acomodação de muitos interesses e também é afetado pelas políticas anteriores¹⁹, limitações financeiras e disponibilidade de outros recursos, bem como pelas resistências ou apoios que impulsionaram. Por essa razão, a autora enfatiza que a formulação de políticas está fortemente influenciada pelas estruturas ou instituições envolvidas no processo (Walt, 1994), filiando-se assim as abordagens neo-institucionalistas.

Em termos gerais, para Walt (1994) os formuladores de política não sempre enfrentam problemas concretos e bem definidos. Além disso, em geral, não dispõem de tempo e informação suficiente que lhes permitam realizar previsões abrangentes sobre os custos e benefícios de várias alternativas de políticas, assim como antecipar suas consequências não intencionais. Ainda, possuem valores, não são ‘objetivos’ ou neutros, têm preferências por determinados modos de estruturar os problemas e suas soluções (Walt, 1994, p. 47-48).

Ao tratar da arena de políticas governamentais, Walt (1994) afirma que a maior parte do poder para a elaboração de políticas encontra-se no executivo, especialmente nas autoridades eleitas

¹⁹ Coincidindo com Muccaroni (1992), Walt (1994) argumenta que a elaboração de uma lista de alternativas é dificultada por causa de compromissos ou investimentos passados. Entretanto, para esta autora, diferente de Muccaroni, as políticas passadas determinam políticas do presente.

de primeiro escalão (primeiro-ministro ou presidente e ministros) que são os responsáveis por certos setores. Não obstante, a autora chama a atenção sobre o debate entre aqueles que acreditam que as lideranças do poder executivo dominam a formulação de políticas e aqueles que defendem que são os servidores públicos ou burocratas os que realmente controlam esse processo. O poder destes últimos derivaria de sua proximidade com as autoridades setoriais e de sua própria *expertise* e competência específica, além de que teriam importantes contatos com outros ministérios no governo e com grupos de interesse que ampliariam suas áreas de influência. Segundo Walt (1994), este debate não requer nenhum consenso definitivo e depende fortemente do país e do período que é analisado.

Nesse sentido, Walt (1994) apresenta alguns exemplos de países da América Latina, explicando que, em geral, o presidente é a figura dominante na formulação de políticas, é quem motiva e determina o tom para toda a atividade do governo. Segundo essa autora, seu poder é exercido diretamente, mediante a definição dos membros do seu gabinete e, indiretamente, por meio da nomeação de pessoas para cargos específicos. Walt (1994) também argumenta que, na maioria dos países dessa região, altos funcionários públicos mudam com as mudanças de governo, com alto grau de clientelismo político, sendo que muitas vezes, os servidores públicos são vistos como apoiadores de um determinado partido ou ideologia (Walt, 1994, p. 80). Acrescenta-se, porém, que essa dinâmica, com maior ou menor intensidade, ocorre em qualquer país e em todos os governos.

De qualquer forma, a burocracia pode ter um poder significativo na formação e implementação de políticas, especialmente onde os funcionários públicos têm carreiras bem definidas e permanecem nos seus cargos apesar das mudanças de governo e dos políticos. Isto não significa, entre tanto, que sejam autônomas ou não tenham que seguir determinações de governos específicos.

Walt (1994, p. 110) também se refere às comunidades políticas (*policy communities*) como redes de indivíduos de diferentes instituições, disciplinas ou profissões que, na área da saúde, podem ser profissionais de saúde, pesquisadores, companhias farmacêuticas, gestores de saúde, grupos de interesse e membros do governo. Nessas comunidades acontece uma constante troca de informações sobre atividades e ideias, algumas das quais alcançam os formuladores de políticas governamentais.

Ao contrário de Kingdon (1995), que diferencia o papel dos atores no processo de formulação de políticas (atores ‘invisíveis’ e ‘visíveis’), Walt (1994) não realiza tal distinção. Para a autora, as mudanças na agenda política podem surgir como consequência de ações empreendidas por diferentes comunidades políticas sobre uma questão particular. Essas comunidades podem começar como movimentos sociais (grupos que estão inter-relacionados e que têm identidades e interesses

comuns) que convergem para promover uma causa específica, mas que só formam grupos de pressão formal depois de algum tempo²⁰. Alianças são forjadas entre cientistas, mídia, membros do público em geral e representantes políticos e novos problemas vêm à tona, podendo exercer uma grande influência na política do governo (Walt, 1994).

Em trabalho mais recente, Walt e colaboradores (2008) apontam para mudanças na natureza da formulação de políticas, envolvendo um conjunto muito maior de atores no processo, que inclusive ultrapassa as fronteiras dos Estados. Entre esses atores destacam-se as organizações com e sem fins lucrativos, as parcerias público-privadas (PPPs), as sociedades civis, entre outros. Segundo esses autores, os avanços na tecnologia e na comunicação têm facilitado tanto a difusão de ideias quanto a relação entre os governos e seus assessores, bem como entre diferentes redes de atores fora do governo (Walt et al., 2008).

Outros autores que aprofundaram as análises sobre a globalização contemporânea (Held et al., 2003; Scholte, 2003) destacam que as relações transfronteiriças, interorganizacionais e de redes complexas supranacionais têm sido um atributo distintivo das últimas décadas, interferindo também na formulação de políticas, as quais são cada vez mais influenciadas tanto por decisões globais quanto por ações domésticas.

De certo modo, Walt e colaboradores (2008) questionam a preponderância do modelo ‘*top down*’ na formulação de agenda proposto por Kingdon (1995). Argumentam que, o governo e suas instituições hierárquicas continuam a ser importantes, mas a análise de políticas também deve levar em conta uma série de novos arranjos e espaços de formulação que afetam cada vez mais a tomada de decisões em diferentes níveis. “A análise política tem que se tornar mais deliberativa: menos de ‘*top-down*’, envolvendo redes expandidas, e mais interpretativa, tendo em conta as histórias das pessoas, seus entendimentos, valores e crenças”²¹ (Walt et al., 2008, p. 309, tradução livre).

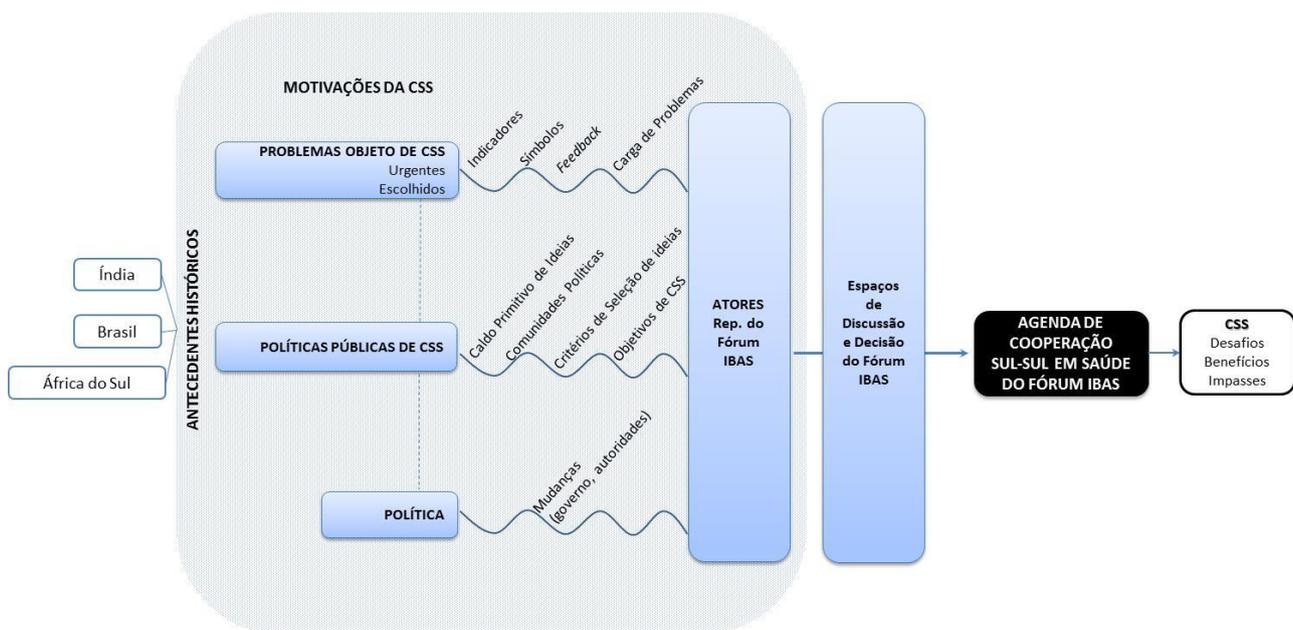
Em geral os autores apontam a complexidade de análise dos processos decisórios e de formulação de políticas. As maneiras em que as decisões emergem muitas vezes não são claras e diretamente observáveis pelo pesquisador, os processos de tomada de decisão não são transparentes em si, a obtenção de documentos relevantes pode ser problemática, assim como o acesso aos atores, grupos e redes envolvidos nos processos políticos, tornando difícil seu desvendamento e explicação.

²⁰ Um bom exemplo, no Brasil, é o movimento pela reforma sanitária (Pêgo et al., 2002).

²¹ No texto original: “*Policy analysis has to become more deliberative: less top-down, involving expanded networks, and more interpretative, taking into account people’s stories, their understandings, values and beliefs*” (Walt et al., 2008, p. 309).

Para o que nos interessa discutir neste estudo, foi elaborado um marco analítico que incorpora algumas das categorias principais de análise do Modelo de *Multiple Streams* – a dinâmica dos problemas, a dinâmica das políticas e a dinâmica política – mas considerando a interdependência entre elas. Essas dinâmicas são influenciadas por antecedentes históricos e por distintas motivações, dependendo dos atores que participam do processo de formulação da agenda. Finalmente, são incluídos alguns dos desdobramentos da agenda, vistos pelas lentes dos desafios, impasses e benefícios da cooperação Sul-Sul. A Figura 2 mostra uma síntese do modelo teórico conceitual utilizado nesta pesquisa.

Figura 2. Síntese do Modelo Teórico Conceitual



Fonte: Elaboração Própria.

METODOLOGIA

Esta pesquisa é um estudo de caso cujo foco está na análise da formulação e implementação da agenda de cooperação bi e trilateral em saúde do Fórum IBAS. Na abordagem deste objeto de estudo foram utilizadas técnicas qualitativas para o levantamento de dados: pesquisa bibliográfica, análise documental e entrevistas com informantes-chaves selecionados.

Segundo Yin (2001), o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa que pretende responder a questões do tipo “como” e “por quê”, numa situação na qual o pesquisador “tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real” (Yin, 2001, p. 19). Para esse autor os estudos de caso emergem da necessidade de pesquisar em profundidade fenômenos sociais complexos que ocorrem em situações contextuais específicas. Nessa mesma linha, Gondelberg (2004) assinala que o estudo de caso “possibilita a penetração na realidade social” (p. 34), por meio de uma análise abrangente e detalhada que considera a unidade social estudada como um todo, visando compreendê-la em seus próprios termos. Dessa forma, o estudo de caso pode ajudar a explicar num plano mais abstrato objetos empíricos concretos, tais como decisões, programas, mudanças organizacionais e mesmo processos de formulação e implementação de agendas e políticas, sem perder de vista os contextos que os configuram.

Para abranger a totalidade de uma situação e descrever a complexidade de um caso concreto, Gondelberg (2004, p. 33) afirma ainda que “o estudo de caso reúne o maior número de informações detalhadas, por meio de diferentes técnicas de pesquisa”, ou, como ressaltado por Yin (2001, p. 33) “a investigação de estudo de caso baseia-se em várias fontes de evidências, com os dados precisando convergir em um formato de triângulo”. Para este autor, a triangulação dos dados obtidos a partir das diferentes técnicas é o fundamento lógico da abordagem qualitativa, permitindo o desenvolvimento de análises mais acuradas e convincentes. Nessa perspectiva, esta pesquisa é um estudo de caso concentrado nos componentes descritivo e exploratório porque, foram coletados e sistematizados dados disponíveis, mas que se configuram ainda como preliminares, uma vez que é bastante escasso o conhecimento acumulado e sistematizado sobre a questão de saúde no Fórum IBAS, os documentos disponíveis sobre o tema não são muito numerosos e o acesso a eles também é difícil. Por fim, os informantes-chave disponíveis para entrevista são bem poucos.

Levantamento e Revisão da Bibliografia

A revisão da literatura é um passo fundamental para qualquer estudo que vise atualizar e contribuir com a produção do conhecimento científico sobre algum assunto ou problema em

particular. A pesquisa bibliográfica é definida como “uma modalidade de estudo e análise de documentos de domínio científico tais como livros, periódicos, enciclopédias, ensaios críticos, dicionários e artigos” (Sá-Silva et al., 2009, p. 5). Essa técnica proporciona ao pesquisador o contato direto com a produção científica sobre um determinado assunto, subsidiando o desenvolvimento de todas as fases do estudo empreendido e clareando os pontos que necessitam ainda serem explorados.

A pesquisa bibliográfica remete às fontes secundárias, ou seja, “informações que foram trabalhadas por outros estudiosos e, por isso já são de domínio científico” (Sá-Silva et al., 2009, p. 6). Deste modo, a pesquisa bibliográfica apresenta uma dupla vantagem, por um lado possibilita a cobertura de mais fenômenos do que o pesquisador poderia investigar diretamente e, por outro, permite estabelecer um diálogo com diferentes autores, e entre os próprios autores, sobre o tema de interesse.

Neste estudo, a pesquisa bibliográfica foi usada tanto para um levantamento exploratório sobre o objeto de estudo e sua contextualização histórica quanto para os temas circunscritos pelo recorte do objeto – a agenda de cooperação Sul-Sul em saúde do IBAS. Foi executada em três etapas e foi feita nos bancos de dados MEDLINE/PubMed, LILACS e SCIELO para artigos em inglês, espanhol e português. Também foram realizadas buscas no Google, no Google Acadêmico e no Google Scholar e se revisaram as bibliografias dos artigos relevantes previamente selecionados. Numa primeira etapa, o foco da busca esteve no Fórum IBAS e a cooperação Sul-Sul em saúde. A partir de uma leitura exploratória inicial dos primeiros materiais encontrados, surgiram novos descritores, que introduzidos isoladamente ou em conexões, foram importantes para a pesquisa. Assim, foi realizada uma segunda busca onde, além dessas palavras-chaves, foram utilizados como descritores: Índia, Brasil e África do Sul; cooperação Sul-Sul; potências médias; países emergentes; cooperação trilateral; cooperação Índia-Brasil; cooperação África do Sul-Brasil; saúde global; coalizão Sul-Sul.

Em seguida realizou-se um refinamento da busca, considerando como critérios de exclusão: bibliografia duplicada, referências sem texto integral, referências sem autor. Foram definidos então novos descritores para aprofundar o levantamento sobre elementos contextuais na área da saúde, sendo os mais relevantes: epidemia HIV/AIDS; acesso a medicamentos; direitos de propriedade intelectual; política nacional de medicamentos; medicamentos genéricos; indústria farmacêutica. A revisão bibliográfica também foi subsidiada com alguns indicadores socioeconômicos e demográficos dos países-membro do IBAS, publicados por organizações multilaterais, tais como o Banco Mundial, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento e a Organização Mundial da Saúde.

Esse levantamento possibilitou a seleção de aproximadamente 50 publicações, que foram devidamente fichadas e ordenadas por assuntos afins para facilitar sua análise. O material bibliográfico levantado foi organizado em três grupos:

- i. Fórum IBAS geral (antecedentes, características, estrutura);
- ii. Fórum IBAS saúde (cooperação bilateral em saúde e cooperação trilateral em saúde);
- iii. Contextos (aspectos descritivos e históricos de contextualização do objeto da pesquisa).

Essa revisão e análise bibliográfica, utilizada como uma das técnicas para o levantamento de dados deste estudo de caso aprofundou algumas questões relativas ao Fórum IBAS, seja em termos gerais (antecedentes, estrutura), seja no âmbito setorial da saúde, assim como elementos sobre o processo de cooperação e seus contextos.

Análise Documental

Alguns autores afirmam que a pesquisa documental e a pesquisa bibliográfica são muito parecidas e o elemento que as diferencia seria a natureza das fontes. No caso da pesquisa documental trabalha-se com fontes primárias, quer dizer, materiais que ainda não receberam tratamento analítico (Gil, 2002; Sá-Silva et al., 2009). Para Yin (2001) num estudo de caso os documentos são úteis para fornecer detalhes específicos, bem como para corroborar e valorizar evidências obtidas de outras fontes. Stake (1995 *apud* Maffezzolli et al., 2008) confere à análise documental uma função de complementariedade às demais fontes de informação, assinalando a relevância dos documentos para abordar situações que não puderam ser observadas diretamente. Pode-se afirmar que a pesquisa documental permite o contato direto com dados originais sobre os fatos que se pretende analisar, sendo o pesquisador quem realiza dita análise.

O uso da análise documental em pesquisa é justificado por vários autores, que assinalam a riqueza de informações que podem ser resgatadas desse material e sua relevância na compreensão de objetos inseridos em determinado contexto histórico (Cellard, 2010; Sá Silva et al., 2009.).

“[...] o documento escrito constitui uma fonte extremamente preciosa para todo pesquisador nas ciências sociais. Ele é, evidentemente, insubstituível em qualquer reconstituição referente a um passado relativamente distante, pois não é raro que ele represente a quase totalidade dos vestígios da atividade humana em determinadas épocas. Além disso, muito frequentemente, ele permanece como o único testemunho de atividades particulares ocorridas num passado recente” (Cellard, 2008, p. 295).

Considerou-se nesta pesquisa o conceito amplo de documento, referido por Cellard (2010) e Sá-Silva et al. (2009) como textos de diversa natureza (memorandos de entendimentos, acordos, planos de trabalho, declarações, relatórios, editais, leis, discursos, etc.), tanto dos governos como das

organizações nacionais e internacionais, diretamente vinculados ao objeto do estudo. Esses documentos podem estar publicados (em versão impressa ou digital) ou não. Neste último caso, foram coletados junto às respectivas instituições autoras dos documentos.

Gil (2002) numera um conjunto de vantagens da pesquisa documental que reforçam a opção pelo uso desta técnica. Em primeiro lugar, os documentos subsistem no decorrer do tempo, razão pela qual constituem fonte rica e estável de dados, especialmente para pesquisas de natureza histórica. Em segundo lugar, o autor assinala que a pesquisa documental é de baixo custo, uma vez que exige apenas a capacidade e disponibilidade de tempo do pesquisador. Em terceiro lugar, Gil explica que esta técnica não exige contato com os autores dos documentos (p. 46).

Por outro lado, os mesmos autores, Gil (2002) e Cellard (2010), referem algumas limitações dessa técnica, enfatizando particularmente duas: representatividade e subjetividade ou credibilidade dos documentos. Em razão dessas dificuldades, os autores recomendam precauções que garantam, em certa medida, a validade e solidez dos dados e, conseqüentemente, das análises. Cellard (2010) aponta para a necessidade de constituição de um *corpus* satisfatório que exige, por um lado, o reconhecimento da legitimidade dos depósitos e suportes de arquivos ou das potenciais fontes de informação, não apenas em função do objeto da pesquisa, mas também em função dos questionamentos da técnica; e, por outro, a preparação adequada e o exame minucioso das fontes documentais. Além disso, o autor assinala que a qualidade e a validade da pesquisa resultam, em modo geral, da diversidade de fontes utilizadas, das corroborações, das intersecções, que dão profundidade, riqueza e refinamento às análises. Levando em consideração as argumentações desses autores, esta pesquisa buscou construir um *corpus* documental, incluindo a maior quantidade encontrada de documentos de interesse para o recorte do objeto, provenientes das fontes mais diversas, no Brasil.

A primeira etapa da pesquisa documental teve como objetivo identificar as possíveis fontes dos documentos. Inicialmente a busca foi feita por via eletrônica, no portal oficial do Fórum IBAS, dos Ministérios de Relações Exteriores, Saúde e Ciência e Tecnologia dos países-membros do IBAS, assim como em *sites* de outras instituições que, envolvidas ou não no processo de cooperação em saúde dos IBAS, pudessem conter documentos de interesse para a pesquisa, entre elas: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Academia Brasileira de Ciências, Planalto e Agência Brasileira de Cooperação (ABC). Os descritores utilizados para essa busca foram: cooperação, IBAS, Índia, Brasil e África do Sul, em português e inglês. A coleta do material priorizou documentos sobre o processo de formulação e implementação da agenda de cooperação bi

e trilateral em saúde entre os países-membros do Fórum IBAS. A segunda busca foi empreendida diretamente em algumas instituições – Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde do Ministério da Saúde (AISA/MS), Fiocruz e CNPq – sendo que na maioria das vezes, o acesso a alguns documentos foi facilitado pelos próprios informantes-chave entrevistados.

Todos os documentos coletados foram separados por fonte de procedência e para cada documento foi criada uma ficha com o resumo, a referência bibliográfica, as transcrições de alguns trechos que poderiam ser utilizados depois, assim como anotadas as perguntas que emergiram da leitura. À continuação, o material foi reorganizado por ordem cronológica e segundo o número de países envolvidos nas negociações de cooperação em saúde. Foram então organizados dois grupos: cooperação bilateral e cooperação trilateral. Em seguida, com a releitura do material, esses grupos foram subdivididos segundo o esquema a seguir:

Esquema 1. Organização do Levantamento e Análise Documental



Fonte: Elaboração Própria.

Foram coletados cerca de 75 documentos, dos quais foram selecionados 48 para serem analisados. O critério de seleção desses documentos foi: estar diretamente relacionado ao objeto de estudo, com conteúdo relativo à cooperação em saúde. Entre os documentos selecionados encontram-se: memorandos de entendimento, acordos, planos de trabalho, declarações, relatórios, minutas, editais e discursos que formam o banco de dados diretamente vinculado ao processo de formulação e implementação da agenda de cooperação bi e trilateral em saúde entre os países-membros do Fórum IBAS. O Anexo I contém a lista dos documentos selecionados.

Entrevistas com Informantes-Chaves Selecionados

A entrevista com informantes-chave foi a terceira técnica usada para apoiar o levantamento de dados, visando acrescentar informações mais detalhadas tanto dos processos de negociação da cooperação em saúde do Fórum IBAS, quanto dos desdobramentos dessa agenda. Segundo Yin (2001), a entrevista é uma das fontes de informação mais importantes e essenciais nos estudos de

caso. Maffezzolli et al. (2008) afirmam que, em boa medida, a relevância dessa fonte está vinculada à sua capacidade de resgatar experiências, descrições e interpretações, propiciando o conhecimento da realidade pesquisada pelo entrevistador segundo a percepção de diferentes atores. Além disso, por meio das entrevistas é possível identificar outras fontes relevantes de evidências (Yin, 2001).

A entrevista é uma ferramenta amplamente usada nos estudos qualitativos. Entre as vantagens desta técnica, assinaladas por Goldenberg (2004), destaca-se o fato da entrevista ser “o instrumento mais adequado para a revelação de informação sobre assuntos complexos” (p. 88). Apesar dessas vantagens, diversos autores advertem para as desvantagens e possíveis problemas dessa técnica: lapsos ou tramas da memória e articulação pobre ou imprecisa do entrevistado; habilidades do pesquisador como entrevistador; exigência de tempo, atenção e disponibilidade do pesquisador; e dependência da disponibilidade do entrevistado (Gondelberg, 2004; Yin, 2001).

Para Yin (2001) as entrevistas podem assumir formas diversas, entre elas encontram-se as seguintes: a) a entrevista *espontânea*, que permite indagar a opinião de respondentes-chaves sobre determinados eventos. Nesse tipo de entrevista, o pesquisador pode pedir que o respondente apresente suas próprias interpretações de certos acontecimentos e pode usar essas proposições como base para uma nova pesquisa; b) a entrevista *focal* (direcionada), onde o respondente é entrevistado por um curto período de tempo (1 hora, por exemplo), que apesar de ser espontânea e informal, o pesquisador segue um conjunto de perguntas originadas no roteiro formulado previamente; c) a entrevista estruturada sob a forma de um *levantamento* formal, no qual incluem-se tanto os procedimentos de amostragem quanto os instrumentos utilizados em levantamentos habituais (Yin, 2001, p. 112-113). Agrega-se ainda a entrevista semiestruturada, que se encaixa no padrão da entrevista focalizada (Tobar e Yalour, 2004), que foi a utilizada nesta pesquisa.

A duração média de cada entrevista foi de 45 minutos. Para o melhor aproveitamento do tempo disponível com os entrevistados foi empregado um roteiro de onze perguntas fechadas e abertas que abordam os tópicos relevantes para a análise a ser empreendida. Cabe assinalar que esse roteiro foi também suficientemente flexível para permitir liberdade à pesquisadora e ao informante para encontrar ou seguir novas pistas de informação. O Anexo II contém o roteiro da entrevista utilizado para todas as entrevistas.

Yin (2001) afirma que “os informantes-chave são sempre fundamentais para o sucesso de um estudo de caso” (p. 112). Segundo o autor, esses informantes fornecem percepções e interpretações sob o objeto de estudo e também podem sugerir fontes adicionais, nas quais podem-se buscar evidências corroborativas ou não. Contudo, Yin (2001) chama a atenção para não se tornar

dependente de um único informante-chave e reforça a ideia de se basear em outras fontes para corroborar ou rejeitar qualquer interpretação dos informantes. Tobar e Yalour (2004) enumeram algumas características que os informantes-chave devem ter: ser participante ativo do objeto ou tema em estudo; conhecer sua área de *expertise* tão bem que não precise pensar nela para responder; estar interessado em falar com o pesquisador e dispor de tempo para tal; utilizar sua própria linguagem e conceitos para descrever acontecimentos e ações.

Levando em consideração as características assinaladas e os objetivos deste estudo, foram definidos os seguintes critérios para a seleção dos informantes-chave:

1. Ser brasileiro²²;
2. Ter participado em: a) Reuniões dos GT de Saúde ou de Ciência e Tecnologia do Fórum IBAS; b) *Workshops* ou eventos científicos dos GT de Saúde ou de Ciência e Tecnologia do Fórum IBAS; c) Fórum Acadêmico do IBAS sobre temas de saúde; d) Discussões e processos de negociação voltados para a cooperação em saúde; ou
3. Ter coordenado ou supervisionado atividades relativas a editais que financiaram projetos em saúde do Fórum IBAS; ou
4. Ter ocupado cargo relevante ou ter estado envolvido direta ou indiretamente nas atividades de cooperação em saúde do Fórum IBAS nas seguintes instituições públicas brasileiras: Ministério da Saúde, de Ciência e Tecnologia, ou de Relações Exteriores.

Foram identificados e contatados quatorze potenciais informantes-chave entre decisores, formuladores de políticas, técnicos governamentais e consultores/assessores, especialistas e pesquisadores sendo que apenas cinco concederam a entrevista²³. O Anexo III contém a lista dos informantes-chave entrevistados. Os entrevistados receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo IV), permitindo também a gravação em áudio durante a entrevista. Considerando que as gravações fornecem uma expressão mais acurada de qualquer entrevista do que qualquer outro método (Yin, 2001), todas as entrevistas foram gravadas e transcritas.

Os dados das entrevistas foram sistematizados segundo as categorias de análise extraídas dos referenciais teóricos em que se baseia o marco analítico deste estudo: os problemas vinculados com

²² Inicialmente, a legislação que regulava o CEP/ENSP não permitia entrevistas com informantes-chave estrangeiros ou fora do país. Essa regulamentação foi reformada posteriormente, mas o tempo disponível para terminar o trabalho de campo não permitiu incorporar outros informantes.

²³ Do grupo de informantes-chaves identificados, seis não responderam ao convite; um dos convidados indicou um colega para realizar a entrevista em seu lugar; e dois negaram-se a dar entrevista alegando, em ambos os casos, não formar parte das respectivas instituições e não estar trabalhando mais com o IBAS.

saúde que foram levantados ou objeto de discussão nas reuniões dos dois GTs; quais dessas questões foram priorizadas; os atores envolvidos no processo de negociação para a elaboração da agenda e quais foram mais influentes; a coordenação entre os GTs de Saúde e de Ciência e Tecnologia; os desdobramentos (ou não) da agenda em projetos concretos e os fatores que influenciaram negativa ou positivamente nessa operacionalização.

Finalmente, os dados obtidos nas entrevistas foram confrontados com aqueles provenientes da análise documental e da pesquisa bibliográfica, possibilitando a corroboração ou refutamento das informações obtidas por meio dessa técnica, de modo que as conclusões deste estudo basearam-se na triangulação das informações oriundas dessas três fontes de dados.

ANTECEDENTES DO FÓRUM DE DIÁLOGO IBAS E ASPECTOS GERAIS DOS PAÍSES-MEMBROS

A aliança Índia, Brasil e África do Sul surge como resultado de um processo de concertação trilateral que se desenvolveu ao longo de múltiplas reuniões internacionais, das quais participaram representantes das três nações. Não existe, porém, consenso na literatura sobre as origens do IBAS. Alguns autores (Moura, 2009; Visentini e Pereira, 2009) relatam que a ideia de constituição do Fórum remonta a uma proposta do partido de oposição da África do Sul, *African National Congress* (ANC), surgida antes que este assumisse o poder. A intenção era que os dirigentes dos países trabalhassem em prol de um grupo que, no Sul geopolítico, espelhasse o G-8 e dele se tornasse interlocutor, mas a transformação política, com a eleição do Mandela, teria postergado as negociações. Por outro lado, Lechini (2007) informa que os antecedentes da formação do IBAS teriam surgido a partir da sugestão do então ministro sul-africano de indústria e comércio, Alec Erwin (1996-2004), de constituir uma espécie de “G-7 do Sul para fortalecer áreas de convergência de interesses nas arenas multilaterais, particularmente na Organização das Nações Unidas (ONU) e na Organização Mundial do Comércio (OMC)” (p. 273). Inicialmente, entre os membros desse grupo estariam Índia, Brasil, China, Arábia Saudita e a própria África do Sul. Contudo, segundo Nogueira (2012), devido aos atentados terroristas do 11 de setembro de 2001, a proposta foi postergada e finalmente não se materializou (p. 289).

Apesar da falta de consenso sobre os antecedentes de constituição do Fórum IBAS, os autores aqui revisados coincidem em afirmar que por mais de uma década essa ideia não se concretizou devido à resistência da África do Sul e do Brasil em assumir comportamentos protagônicos no mundo em desenvolvimento, sobretudo a África do Sul que, desde inícios da década dos 1990, passava por um processo de transição política com o fim do *apartheid* (Moura, 2009; Lechini, 2007; Visentini e Pereira, 2009).

Essa decisão mudou, entretanto, a partir da posse de Luís Inácio Lula Da Silva na Presidência da República do Brasil, em 2003, que marcou uma importante inflexão na postura internacional do país. Como assinalado por diversos autores (Amorim, 2005; Oliveira, 2005; Assunção, 2013), o governo Lula conferiu tratamento preferencial às relações com outros países em desenvolvimento, sobretudo em âmbito da região sul-americana, mas também no espaço extra-regional, como com os PALOPs – Países de Língua Oficial Portuguesa – na África, privilegiando a Cooperação Sul-Sul.

Outros aspectos fundamentais que compõem o pano de fundo do surgimento do Fórum IBAS são, em primeiro lugar, o fim da Guerra Fria e da bipolarização mundial no final dos 1980 e a ascensão econômica de alguns países da periferia capitalista a partir da última década do século XX,

particularmente da China e Índia (Fiori, 2008; Zakaria, 2008; Lima, 2010). Em segundo lugar, os autores ressaltam a relativa parcialidade dos mecanismos tradicionais de concertação multilateral, que refletem e privilegiam as estratégias dos países desenvolvidos em detrimento dos demais países, que se reitera com a crise financeira deflagrada em 2008.

Assim, o Fórum IBAS emerge num cenário de crescente presença política e econômica dos países em desenvolvimento no sistema mundial e redesenho das relações de poder em nível global (Saraiva, 2005), potencializada pela formação de coalizões entre países emergentes, que juntos podem ter mais peso político ao defender suas posições nas negociações em fóruns de governança global (Hirst et al., 2012). Os países-membros do Fórum transcendem a condição de compartilhadores de problemas comuns e passam à posição de proponentes de soluções (Assunção, 2013), agindo por meio da negociação e cooperação entre eles e do Fórum com outros países.

Para Assunção (2013), tal fato ilustraria também como os países do Fórum IBAS incorporaram em sua dinâmica a Cooperação Sul-Sul. Como afirmado pela autora:

“O IBAS representa uma institucionalização da Cooperação Sul-Sul, que facilita e aprofunda o relacionamento destes países em diferentes áreas. O mecanismo constituiu-se como uma iniciativa estratégica de coordenação política dos três Estados membros, visando garantir a liderança em suas respectivas áreas de influência e conquistar um maior espaço no cenário internacional” (Assunção, 2013, p. 78).

O estabelecimento formal do Fórum IBAS aconteceu em Brasília, em 6 de junho de 2003, com a Declaração de Brasília assinada pelos chanceleres dos três países, respectivamente Yashwant Sinha da Índia, Celso Amorim do Brasil e Nkosazana Dlamini-Zuma da África do Sul. Segundo a Declaração, a intenção era de que a atuação desse Fórum pudesse contribuir para que os processos de globalização fossem mais inclusivos, integrativos, humanos e equitativos.

Para Buss e Ferreira (2000), os objetivos do Fórum que se desprendem da Declaração de Brasília seriam promover o diálogo Sul-Sul, a cooperação e a adoção de posições comuns em assuntos de importância internacional; oportunidades de comércio e investimento entre as três regiões das quais os países fazem parte – América do Sul, África e Ásia; redução internacional da pobreza e implementar o desenvolvimento social; troca trilateral de informações sobre melhores práticas, tecnologias e habilidades em relações internacionais, assim como implementar os respectivos esforços de sinergia coletiva; e a cooperação em áreas como agricultura, defesa, educação, energia e saúde entre outras. Uma revisão da literatura realizada por Fernandes (2012) mostra que boa parte das publicações disponíveis caracteriza os objetivos expressos na Declaração de Brasília como “abrangentes e ambiciosos” (p. 220). Segundo Lechini (2007) “esta ampla margem de

áreas temáticas envolvidas poderia, em princípio, atentar contra a efetividade de um processo que, a experiência mostra, deveria ser mais parcimonioso” (p. 275, tradução livre).

O Fórum IBAS é caracterizado na bibliografia de diferentes formas: alinhamento de países em estágios semelhante de desenvolvimento e instrumento de coordenação em assuntos internacionais relevantes (Campbell, 2009); aliança de “democracias” do Sul geopolítico (White, 2010); instrumento de diálogo (Moura, 2009); coalizão e arranjo cooperativo (Lima, 2010); e coalizão de poderes emergentes que busca se beneficiar das mudanças do poder global (Flemes, 2009). Uma síntese que recupera e complementa essas diferentes caracterizações é apresentada por Souza (2009, p.8, tradução livre), que define o IBAS como uma entidade política dedicada a: “(1) reforçar a posição dos seus membros nos fóruns multilaterais e na arena global; (2) catalisar as relações entre os três membros e (3) estabelecer um mecanismo de cooperação Sul-Sul entre eles”. Apesar da diversidade de caracterizações, a literatura mostra certo consenso sobre o fato de a dimensão política ser o eixo principal dessa iniciativa, evidenciado por uma agenda comum que destaca a reforma da Organização das Nações Unidas (ONU) e, especialmente, do seu Conselho de Segurança (Campbell, 2009; Moura, 2009; Lima, 2010).

Vários fatores são apontados como facilitadores da aproximação e articulação política entre os países do Fórum IBAS, destacando-se entre eles: credenciais democráticas, capacidade de atuação em escala global, dimensão continental ou geoestratégica, condição de potência média, peso regional, economias emergentes, atuação similar em organismos multilaterais e problemas de desigualdades internas (Campbell, 2009; Moura, 2009).

Contudo, embora seja possível apontar semelhanças entre esses países, o IBAS não é um arranjo entre iguais. Os três países apresentam disparidades significativas em termos demográficos, econômicos, sociais e culturais (Bueno, 2010; White, s.d.) (Tabela 1).

Uma primeira diferença importante refere-se à população: a Índia tem uma população de mais de 1,2 bilhões de pessoas distribuídas em 2,9 milhões de Km², enquanto a população do Brasil é de 198,7 milhões em 8,5 milhões de Km² e a da África do Sul apenas supera os 50 milhões de pessoas em 1,2 milhões de Km². Dos três países, a Índia se destaca por ter uma população predominantemente rural (68,3%), diferente da África do Sul e do Brasil, que possuem populações majoritariamente urbanas, sobretudo no Brasil, onde esse grupo representa 84,9% do total da população (*World Bank*, 2012).

Tabela 1. Dados Demográficos, Econômicos e Sociais – Índia, Brasil e África do Sul

	Índia	Brasil	África do Sul
Área geográfica (1)	2.973.190 Km ²	8.459.420 Km ²	1.213.090 Km ²
População (2012) (1)	1,2 Bilhões	198,7 Milhões	52,2 Milhões
População rural sobre população total (2012) (1)	68,3%	15,1%	37,6%
PIB em US\$ (2012) (1)	1.858 Bilhões	2.253 Bilhões	384,3 Bilhões
PIB <i>per capita</i> em US\$ (2012) (1)	1.502	11.340	7.352
Exportações sobre PIB (2012) (1)	23,9%	12,6%	28,3%
Importações sobre PIB (2012) (1)	30,7%	13,9%	31,3%
Comércio internacional total sobre PIB (2012) (1)	54,7%	26,5%	59,6%
Desemprego^a (2012) (1)	3,5%	6,9%	25,0%
Taxa de pobreza^b (2009: Brasil e África do Sul, 2010: Índia) (1)	68,7%	10,8%	31,3%
Coefficiente de Gini (2010: Índia, 2009: Brasil e África do Sul) (1)	0,339	0,547	0,631
IDH (2012) (2)	0,554	0,730	0,629
Ranking do IDH de um total de 187 países (2012) (2)	136	85	121
Expectativa de vida em anos (2012) (1)	66,2	73,6	56,0
Taxa de mortalidade de menores de 5 anos/por 1000 NV (ambos sexos) (2011) (3)	61	16	47
Taxa de mortalidade materna/1000 NV (2010) (3)	200	56	300

Fonte: Elaboração própria a partir de diferentes fontes: (1) World Bank (<http://data.worldbank.org/country>), (2) UNDP (<http://hdr.undp.org/en/data/profiles/>), (3) WHO World Health Organization (<http://apps.who.int/gho/data/node.country>).

a) Desemprego: como porcentagem da força de trabalho total.

b) Taxa de pobreza: percentual da população que vive com menos de US \$ 2,0 por dia aos preços internacionais de 2005.

O Brasil tem a maior economia do grupo, com um Produto Interno Bruto (PIB) de US\$2.253 bilhões; Índia vem a seguir com uma economia cujo PIB representa 82% do brasileiro. A economia sul-africana é muito menor, se comparada com a brasileira e a indiana, representando 17,0% e 20,6% do PIB de cada país, respectivamente. Entretanto, esse cenário muda quando se compara o PIB *per capita* dos três países: o indicador brasileiro equivale a oito vezes o indiano; o sul-africano, que tem

um valor intermediário, é cinco vezes maior que o indiano e 1,5 vezes menor que o brasileiro. Em termos de comércio internacional, em 2012, a África do Sul e a Índia registraram posições semelhantes, com um total de 59,6% e 54,7% do PIB respectivamente, porém o comércio internacional do Brasil foi apenas de 26,5% do PIB (*World Bank*, 2012).

Os três países também possuem importantes disparidades sociais. Uma quarta parte da força de trabalho sul-africana não tem emprego; a Índia apresenta uma situação que pode ser considerada de pleno emprego (3,5%); e o Brasil encontra-se numa posição intermediária, com 6,9% da força de trabalho desempregada (*World Bank*, 2012). Entretanto, apesar do alto percentual de força de trabalho empregada, a Índia possui mais da metade de sua população em situação de pobreza; na África do Sul a pobreza afeta cerca de um terço da população e, no Brasil, essa situação melhorou na última década e atinge pouco mais de 10% da população (Tabela 1) (*World Bank*, 2009 e 2010).

Em termos de distribuição de renda, África do Sul e Brasil mostram grande concentração de renda e desigualdades, com coeficientes de Gini de 0,631 e 0,547, respectivamente. Na Índia essa desigualdade é menor (coeficiente de Gini 0,334), porém o país apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) muito baixo (0,554), colocando a Índia num dos piores lugares do *ranking* (136° de 187 países); a África do Sul também tem baixo Índice de Desenvolvimento Humano (0,629) e se localiza na 121° posição; já o Brasil ocupa um lugar melhor no *ranking* (85° de 187 países) (UNDP, 2012).

Em termos gerais, as pessoas no Brasil vivem mais tempo e são mais saudáveis do que as pessoas na Índia e na África do Sul. Segundo as estatísticas do Banco Mundial (BM) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2012, homens e mulheres viviam mais no Brasil do que na Índia e na África do Sul (Tabela 1). Porém, as disparidades na expectativa de vida entre os três países é maior para as mulheres do que para os homens. Comparando o Brasil e a África do Sul, a diferença na expectativa de vida das mulheres é de 24 anos. Essas disparidades se devem em parte à maior taxa de mortalidade materna da África do Sul que supera em cinco vezes a do Brasil. As mulheres da Índia também enfrentam uma taxa de mortalidade materna muito alta, mais que o triplo da do Brasil (Tabela 1).

Além disso, os indianos e sul-africanos apresentam taxas de mortalidade na infância significativamente maiores que a dos brasileiros. Segundo dados da OMS, em 2006, estimou-se que 27,6% das crianças na Índia nasceram com baixo peso ao nascer, enquanto no Brasil esse índice é de 8,2%. Em 2011, 61 em cada mil crianças nascidas na Índia morreram antes de seu quinto aniversário,

ao mesmo tempo que, na África do Sul, esse indicador era de 47, e no Brasil era de 16 em cada 1.000 crianças.

Apesar dessas disparidades, alguns autores reconhecem o IBAS como uma parceria coerente, cuja força residiria no número reduzido de países que compõe o grupo e na posição comum que Índia, Brasil e África do Sul defendem em várias arenas internacionais (Bueno, 2010; White, s.d.).

A ESTRUTURA OPERACIONAL DO FÓRUM DE DIÁLOGO IBAS

A Declaração de Brasília, assinada na criação do Fórum, não estabeleceu nenhuma organização formal para o IBAS. Vários autores (Campbell, 2009; Fledes, 2009; Moura, 2009; Sotero, 2009; Souza, 2009) mencionam a ausência de uma Secretaria Permanente ou de uma sede para o Fórum, o que lhe daria um caráter informal. Por outro lado, essa informalidade também é entendida, como uma vantagem, pois lhe conferiria maior flexibilidade, funcionalidade e dinamismo (Campbell, 2009; Souza, 2009). Outros autores argumentam, porém, que a formalização institucional facilitaria a coordenação e o alcance de suas reivindicações, ao mesmo tempo em que constituiria uma base legal para os diferentes tipos de intercâmbio (Fledes, 2009; Fledes, 2010).

Segundo Nogueira (2012), apesar de não contar com uma estrutura supranacional formal, existe uma secretaria executiva consensuada pelos países-membros, cuja condução é feita a partir de um revezamento anual. Desse modo, cada ano, um país é responsável pela realização e coordenação das reuniões Ministeriais e das Cúpulas Presidenciais (Nogueira, 2012). Aparentemente, existe uma estrutura de funcionamento operacional, também criada pelo próprio Fórum, que articula dois níveis hierárquicos – a coordenação política e a cooperação setorial – além de um instrumento financeiro – o Fundo IBAS de Combate à Fome e à Pobreza. O funcionamento operacional do Fórum está esquematizado na Figura 3.

No portal do Ministério de Relações Exteriores, cada um desses níveis é denominado “ pilar”, termo esse também assumido por outros autores, tais como Sotero (2009), Souza (2009), Bueno (2010) e Fernandes (2012). Entretanto, parece-nos que se trata mais de níveis hierárquicos diferenciados.

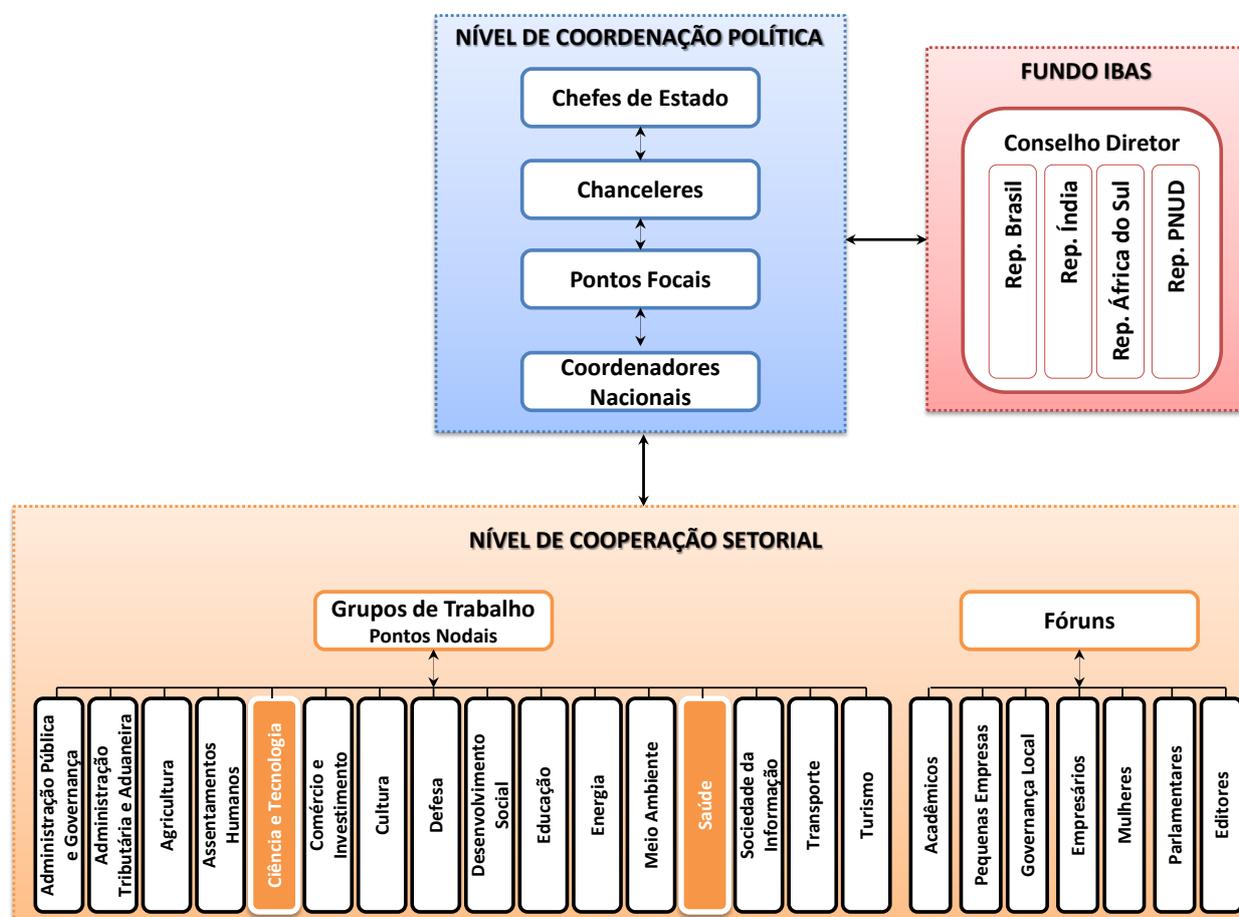
Nível de Coordenação Política

No nível mais alto da estrutura operacional do IBAS estão os Chefes de Estado e de Governo que realizam Cúpulas anuais, ao final das quais emitem Comunicados Conjuntos que refletem as posições do Fórum IBAS em diversas questões da agenda internacional, bem como formalizam a aprovação dos relatórios dos diferentes Grupos de Trabalho (GTs) e do Fundo IBAS (Buss e Ferreira, 2009; Moura, 2009) (Figura 3).

No nível imediatamente abaixo estão os Chanceleres, que presidem as Reuniões Ministeriais ou Comissões Mistas (COMISTAS). As reuniões ministeriais são anuais e também geram Comunicados Conjuntos, que tratam principalmente da programação das atividades do Fórum. Além disso, os Chanceleres realizam encontros paralelos à Assembleia Geral das Nações Unidas, com o

objetivo primordial de avaliar o desempenho do Fundo IBAS, que é gerenciado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) da ONU (Moura, 2009; Nogueira, 2012) (Figura 3).

Figura 3. Estrutura de Funcionamento Operacional do Fórum de Diálogo Índia, Brasil e África do Sul (IBAS)



Fonte: Elaboração Própria.

Os Pontos Focais são a próxima instância na estrutura operacional do IBAS. Na prática, são constituídos por altos funcionários do Ministério de Relações Exteriores (MRE) de cada país, e são responsáveis pela gestão das atividades do Fórum, isto é, fiscalização do andamento das atividades dos GTs e monitoramento do cumprimento dos acordos assinados²⁴ (Nogueira, 2009). Os Pontos Focais realizam encontros periódicos (semestralmente) e reportam aos seus respectivos Chanceleres. Nem todas as reuniões de Pontos Focais geram ata ou algum documento final (Moura, 2009). Subordinados aos Pontos Focais estão os Coordenadores Nacionais, que auxiliam os Pontos Focais,

²⁴ Atualmente, o Ponto Focal brasileiro é o Subsecretário Político para a África, Ásia e Oceania, e Oriente Médio (SGAP II); o da África do Sul é o Vice-Diretor Geral para a Ásia e Oriente Médio (*Deputy-Director General: Asia and Middle East*), e o da Índia é o Secretário para o Ocidente (*Secretary-West*).

responsabilizando-se pela coordenação das atividades dos GTs e pelo gerenciamento administrativo do Fórum (Moura, 2009). Segundo Nogueira (2012), os Pontos Focais e os Coordenadores Nacionais do IBAS sempre trabalham em parceria e “são responsáveis pela interlocução mais prática entre as partes envolvidas, cuidando também da gerência da articulação doméstica da política de cada um dos países para o IBAS” (p. 294).

Como explica Souza (2009), os Comunicados Públicos emitidos em quase todas as reuniões de alto nível (Chefes de Estado e Chanceleres) constituem a parte mais visível do esforço de coordenação e concertação política do IBAS. Esses comunicados são um repositório das opiniões comuns dos três países e a essência do primeiro nível hierárquico do Fórum IBAS. Nesse sentido, esses documentos tornam-se uma fonte de informação fundamental para compreender os processos de discussão e de decisão para a formulação das agendas do Fórum.

Nível de Cooperação Setorial

A cooperação setorial tem por objetivo aprofundar o conhecimento mútuo e explorar possibilidades de cooperação concreta entre os países²⁵. Nesse nível articulam-se os diferentes setores da administração pública dos três países do Fórum IBAS. Cada setor está estruturado como um Grupo de Trabalho (GT), cujo objetivo é identificar projetos em que a experiência de um país possa ser útil para promover ações em outro (Souza, 2009).

Os GTs são a base técnica do Fórum e elaboram as propostas de ação concretas estabelecidas nas agendas definidas pelas instâncias políticas, com o intuito de facilitar o diálogo e a cooperação entre os países-membros (Nogueira, 2012). Potencialmente, os GTs atuam tanto no processo de formulação, como no de implementação da agenda de cooperação do IBAS, inclusive na área da saúde.

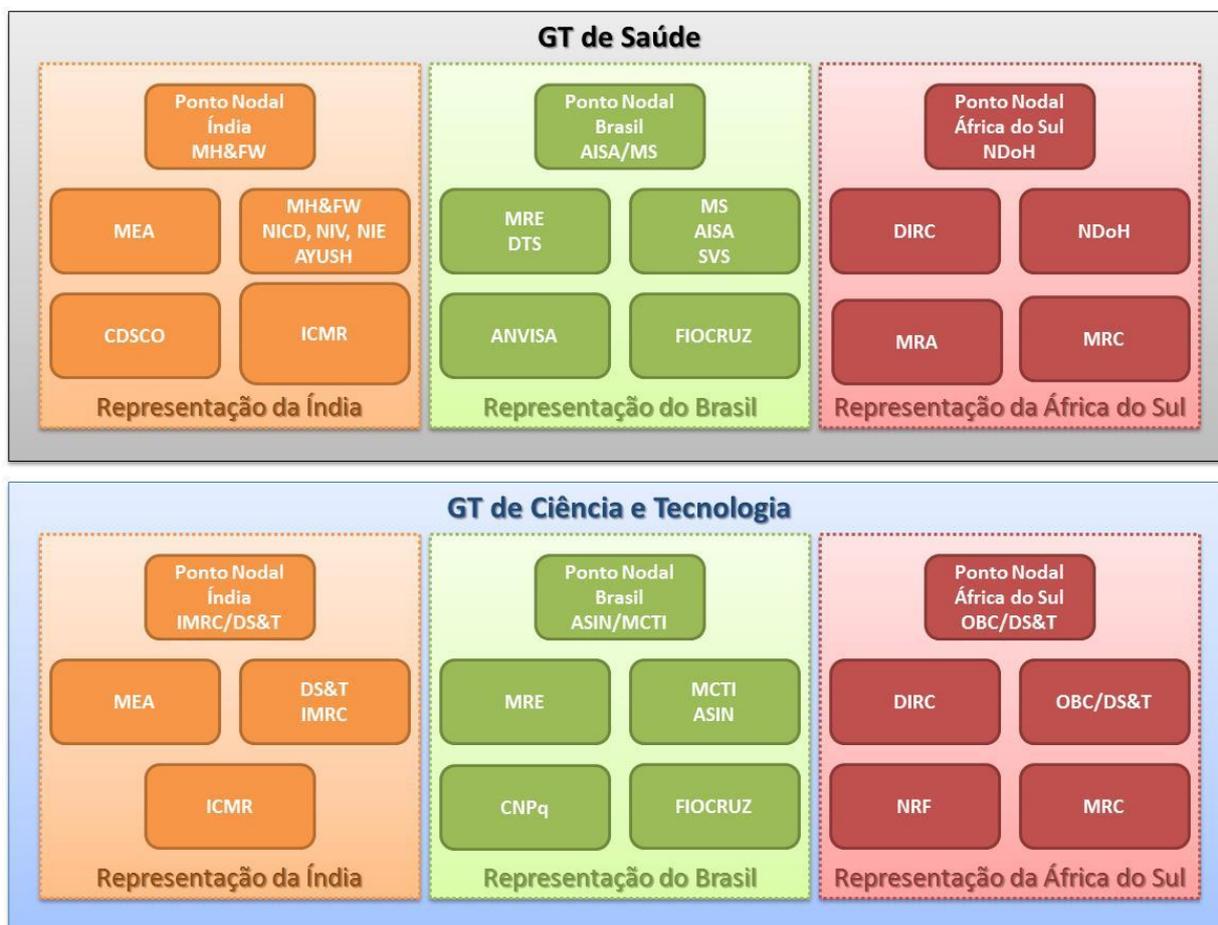
Cada GT é formado por uma representação dos Estados-membro, que em nível nacional é composta pelos órgãos específicos de cada burocracia do setor em questão (saúde, educação, energia, etc.). Nogueira (2009) explica que não existe um padrão de estrutura burocrática a ser seguido pelos três países para a institucionalização dos GTs, portanto, cada país possui modos de institucionalização diferentes²⁶. Os GTs são coordenados pelos Pontos Nodais, que são funcionários, designados pelos órgãos dos setores envolvidos no GT e que atuam facilitando o acompanhamento e implementação das atividades do Grupo e coordenando as suas atividades (Nogueira, 2012). Em

²⁵ MRE. Web site institucional. Fórum de Diálogo Índia-Brasil-África do Sul – IBAS. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/temas/mecanismos-inter-regionais/forum-ibas>> (Acesso em 06/01/2014).

²⁶ Para uma análise aprofundada sobre a estrutura burocrático-organizacional do IBAS no Brasil, ver Nogueira (2009, 2012).

síntese, a estrutura intergovernamental de cada GT do Fórum IBAS está constituída por três Pontos Nodais, um para cada representação, e os órgãos setoriais de cada burocracia respectivamente (Ministérios — inclusive a Chancelaria— agências e/ou órgão federais). A composição dos GTs de interesse para esta pesquisa – Saúde e Ciência e Tecnologia – está esquematizada a seguir (Figura 4).

Figura 4. Composição dos Grupos de Trabalho (GT) de Saúde e de Ciência e Tecnologia do IBAS.



Fonte: Elaboração própria.

As reuniões dos GTs não têm uma periodicidade pré-estabelecida, porém, comumente são realizadas paralelamente aos encontros dos Pontos Focais, das Reuniões Ministeriais e das Cúpulas de Chefes de Estado do IBAS, assim como durante outros fóruns multilaterais vinculados aos temas dos GTs (Nogueira, 2012). Os encontros de cada GT devem contar sempre com a presença das três delegações. Nesse sentido, o papel de liderança exercido pelo Ponto Nodal que coordena o GT é crucial, pois ele deve promover a interlocução entre os três Estados-membros. Como afirma Nogueira, “as características pessoais e posições burocrático-institucionais dos Pontos Nodais podem interferir no funcionamento do GT no qual ele atua” (Nogueira, 2012, p. 296-297).

Os GTs estão distribuídos por temas pré-definidos que facilitam a organização do Fórum e possibilitam a efetivação das ações. Em outras palavras, existe um único GT responsável por cada tema no IBAS. Não obstante, como será mostrado adiante, em alguns casos as atividades dos GTs podem abarcar um mesmo tema, como por exemplo no caso dos GTs de Saúde e de Ciência e Tecnologia.

O Fórum IBAS possui dezesseis Grupos de Trabalho (Quadro 1), criados em momentos diferentes, alguns dos quais constituíram subgrupos que abordam assuntos mais especializados dentro do tema eixo do GT (por exemplo, no GT de Educação existem os subgrupos de cooperação esportiva e cooperação entre academias diplomáticas). Cabe destacar que na estrutura de funcionamento operacional do IBAS, os dezesseis GTs encontram-se no mesmo nível de hierarquia e todos estão submetidos às instâncias políticas do primeiro nível do Fórum, como esquematizado na Figura 3.

Quadro 1. Grupos de Trabalho do Fórum IBAS e Mecanismos de Entendimento Trilateral

Grupo de Trabalho	Nº	Ano de Criação	Mecanismo de Entendimento Trilateral (Data de Assinatura)
Ciência e Tecnologia	1	2004	Memorando de Entendimento sobre Cooperação Trilateral em Ciência, Tecnologia e Inovação entre o Governo da República Federativa do Brasil, o Governo da República da Índia e o Governo da República da África do Sul. (15/04/2010)
Comércio e Investimento	2	2004	Memorando de Entendimento sobre Facilitação Comercial para Padronizações, Regulações Técnicas e Avaliação de Conformidade. (15/10/2008)
Defesa	3	2004	
Educação	4	2004	Memorando de Entendimento sobre Cooperação na Área de Educação Superior entre o Governo da República Federativa do Brasil, o Governo da República da Índia e o Governo da República da África do Sul. (17/10/2007)
Energia	5	2004	Memorando de entendimento entre os membros do Fórum de Diálogo Índia-Brasil-África do sul, o Governo da República Federativa do Brasil, o Governo da República da África do Sul e o Governo da República da Índia, para estabelecer Força-Tarefa Trilateral sob Biocombustíveis. (13/09/2006) Memorando de Entendimento entre o Governo da República Federativa do Brasil, o Governo da República da Índia e o Governo da República da África do Sul sobre Cooperação em Recursos Eólicos. (17/10/2007) Memorando de Entendimento entre o Governo da República da África do Sul, o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República da Índia sobre Cooperação na Área de Energia Solar. (15/04/2010)

Grupo de Trabalho	Nº	Ano de Criação	Mecanismo de Entendimento Trilateral (Data de Assinatura)
Saúde	6	2004	Memorando de Entendimento em Cooperação na Área de Saúde e Medicina entre o Governo da República Federativa do Brasil, o Governo da República da Índia e o Governo da República da África do Sul. (17/10/2007)
Sociedade da Informação	7	2004	Estrutura de Cooperação em Sociedade da Informação entre os Governos da República Federativa do Brasil, da República da África do Sul e da República da Índia. (13/09/2006)
Transporte	8	2004	Acordo Trilateral sobre Marinha Mercante e outros assuntos relacionados Transporte Marítimo. (13/09/2006)
Agricultura	9	2005	Memorando de Entendimento sobre Cooperação Trilateral em Agricultura e Áreas Afins entre os Governos da República Federativa do Brasil, da República da África do Sul e da República da Índia no Âmbito do Fórum de Diálogo Índia-Brasil-África do Sul. (13/09/2006)
Cultura	10	2005	Memorando de Entendimento entre o Governo da República Federativa do Brasil, o Governo da República da Índia e o Governo da República da África do Sul sobre Cooperação Cultural. (17/10/2007)
Turismo	11	2005	Acordo Tripartite sobre Cooperação no Campo do Turismo no Âmbito do Fórum de Diálogo IBAS. (15/10/2008)
Administração Pública e Governança	12	2007	Memorando de Entendimento entre o Governo da República Federativa do Brasil, o Governo da República da Índia e o Governo da República da África do Sul para Cooperação nas Áreas da Administração Pública e Governança. (17/10/2007)
Administração Tributária e Aduaneira	13	2006	Acordo sobre Cooperação das Administrações Aduaneiras e Tributárias entre o Governo da República Federativa do Brasil, o Governo da República da Índia e o Governo da República da África do Sul. (17/10/2007)
Desenvolvimento Social	14	2006	Memorando de Entendimento entre o Governo da República Federativa do Brasil, o Governo da República da Índia e o Governo da República da África do Sul sobre Cooperação na Área de Temas Sociais. (17/10/2007)
Assentamentos Humanos	15	2007	Memorando de Entendimento entre o Governo da República Federativa do Brasil, o Governo da República da Índia e o Governo da República da África do Sul sobre Cooperação no Campo do Desenvolvimento de Assentamentos Humanos. (15/10/2008)
Meio Ambiente	16	2007	Memorando de Entendimento sobre Cooperação na Área de Meio Ambiente no Âmbito do Fórum de Diálogo Índia, Brasil e África do Sul (IBAS). (15/10/2008)

Fonte: Elaboração própria a partir do portal institucional do IBAS (<http://www.ibsa-trilateral.org>) e do MRE (<http://www.itamaraty.gov.br/>) e do texto de Bueno (2010).

Os GTs avançam em ritmos diferentes, com maior velocidade de atuação em alguns setores e menor em outros. White (2010) afirma que os Grupos de Trabalho têm obtido resultados variados e

destaca que o GT de Ciência e Tecnologia parece ter maiores avanços. Contudo, o autor aponta que a crítica aos GTs do IBAS é unânime, pois o desenvolvimento de suas atividades tem sido muito mais lento do que o esperado e tem demonstrado poucos resultados. Alguns autores reforçam essa opinião e assinalam que a ampla e diversa agenda de cooperação do IBAS impede a existência de um foco estratégico, dificultando a coordenação e priorização das ações do Fórum, culminando com abordagens relativamente superficiais dos diferentes temas (Bueno, 2010; Lechini, 2007; White, s.d.). Nogueira acrescenta que “há dificuldades de coordenação e acompanhamento das atividades dos grupos, devido ao grande número de instituições envolvidas, bem como aos interesses próprios de cada órgão (...)” (Nogueira, 2012, p. 298).

Apesar disso, existem objetivos gerais e comuns de cooperação setorial estabelecidos nos mecanismos de entendimento entre os países do Fórum. A assinatura dos Memorandos Trilaterais de Entendimento, e outros documentos oficiais como os Planos de Ação, possibilitam acordos entre os três países nos diversos setores, apontando para potenciais cooperações entre as partes. Esses Memorandos são construídos e debatidos durante os encontros de cada GT e, posteriormente, endossados pelos Chanceleres dos países e assinados pelos Chefes de Estado. Finalmente, os Memorandos de Entendimento são as diretrizes de trabalho, que devem orientar as atividades dos GTs (Nogueira, 2012). Assim, todos os GTs possuem pelo menos um Memorando de Entendimento Trilateral, com exceção do GT de Defesa (Quadro 1).

No que toca à área de saúde, o GT responsável foi estabelecido em 2004. Entre as questões trabalhadas pelo GT de Saúde estão: serviços laboratoriais, medicina tradicional, vigilância epidemiológica, doenças (HIV/AIDS, tuberculose e malária) e contrafação (falsificação) de medicamentos (Faria, et al., 2012). Não obstante, em temas concernentes a doenças, tais como HIV/AIDS, malária e tuberculose, também atua o GT de Ciência e Tecnologia, criado no mesmo ano.

Por ser um assunto complexo e interdisciplinar a saúde não pode ficar limitada às ações do próprio setor, o que é evidenciado na confluência temática compartilhada pelos GTs de Saúde e Ciência e Tecnologia, especificamente no que se refere às doenças mencionadas. Entretanto, cabe assinalar que essa convergência temática exigiria uma melhor articulação entre ambos os GTs, que deveriam atuar de forma coordenada para evitar duplicidade de trabalho e divergência de posicionamentos e estratégias, reduzindo também o desperdício de recursos humanos e financeiros e minorando possíveis custos políticos.

Nesse sentido, alguns autores assinalam que apesar dessa interface temática, existe uma clara divisão de tarefas e responsabilidades entre esses dois GTs: o GT de Saúde fica encarregado da prevenção, controle e distribuição de medicamentos e o GT de Ciência e Tecnologia se ocupa da pesquisa e desenvolvimento de inovações (Faria et al., 2012; Nogueira, 2009).

Por outro lado, os assuntos trabalhados pelo GT de Ciência e Tecnologia são diversos e também se sobrepõem eventualmente ao trabalho de outros GTs. Além dos aspectos vinculados diretamente à saúde, esse GT incorpora questões ambientais (com o subgrupo de pesquisa antártica) e de novas fontes de energia, que por sua vez se sobrepõe tematicamente com o GT de Energia. Biotecnologia, Biossegurança e Nanotecnologia também são temas trabalhados pelo GT de Ciência e Tecnologia. O GT de Saúde, por sua parte, só apresenta interfaces temáticas com o GT de Ciência e Tecnologia.

O desenvolvimento de ações de cooperação nos diferentes assuntos mencionados exige a participação de diversas instituições e atores especializados. No caso do Brasil, Nogueira (2009) identificou os órgãos governamentais brasileiros envolvidos no GT de Saúde (Figura 4):

“(…) por parte do Ministério de Relações Exteriores (MRE), o Departamento de Direitos Humanos e Temas Sociais (DHS), mais especificamente sob a tutela da Divisão de Temas Sociais (DTS); e o Ministério da Saúde (MS), a partir da sua Assessoria Internacional, contando ainda com as parcerias da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). A coordenação do GT é realizada a partir do MS, em cooperação com os outros agentes envolvidos. Cabe destacar que o Ponto Nodal desse GT é o Chefe da Assessoria Internacional do MS (...)” (Nogueira, 2009, p. 114).

A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS do Brasil também participou das atividades do GT de Saúde do IBAS. Nogueira (2009) destaca a relevância de contar com um Ponto Nodal funcionalmente lotado no MRE ou pertencentes aos seus quadros, o que facilitaria o relacionamento entre ambos os ministérios²⁷.

Cabe assinalar ainda que, no Brasil, o MRE criou, em 2004, uma estrutura específica para atuar no âmbito do IBAS – Coordenação do Fórum IBAS (CIBAS) – que em 2008 foi substituída pela Divisão do Fórum Índia, Brasil e África do Sul (DIBAS), com maior suporte institucional²⁸.

²⁷ O Chefe da Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde do MS (AISA/MS) no período (2008-2013) foi o diplomata de carreira, Ministro Eduardo Barbosa, assim como no período anterior com o Ministro Santiago Alcázar (2003-2007). Porém, desde março 2013, a chefia da AISA/MS, em contraposição aos seus antecessores, não é mais exercida por diplomatas, apesar de continuar a ser o Ponto Nodal brasileiro do GT de Saúde do IBAS.

²⁸ A DIBAS está inserida no Departamento de Mecanismos Inter-Regionais (DMR) de onde sai o Coordenador Nacional brasileiro do IBAS; o DMR, por sua vez pertence à Subsecretaria Geral Política II (SGAP II), responsável por África, Ásia, Oriente Médio e Oceania, de onde sai o Ponto Focal brasileiro do IBAS (Faria et al., 2012).

Posteriormente, em 2010, a DIBAS foi transformada na Divisão de IBAS e BRICS (DIB), que coordena e acompanha os dois mecanismos inter-regionais (Faria et al., 2012).

Em relação aos demais países a informação publicada é bem limitada. Atualmente (2014), no caso da Índia, o Ponto Nodal do GT de Saúde é o Secretário do *Ministry of Health & Family Welfare* (MH&FW), Sr. Keshav Desiraju. Segundo os documentos analisados, também participam do GT o *Ministry of External Affairs* (MEA); o Conselho Indiano de Pesquisa Médica (*Indian Council of Medical Research – ICMR*); o *Central Drugs Standard Control Organization* (CDSCO); *National Institute of Communicable Diseases* (NICD); *National Institute of Virology* (NIV); *National Institute of Epidemiology* (NIE) e o *Department of Ayurveda, Yoga & Naturopathy, Unani, Siddah and Homeopathy* (AYUSH). Do lado sul-africano o Ponto Nodal do GT de saúde é o Diretor da Cooperação Sul-Sul do *National Department of Health* (NDoH), Sr. T. G. Mnisi. Nesse país, o GT de saúde também está constituído pelo *Department of International Relations and Cooperation* (DIRC), o Conselho de Pesquisa Médica da África do Sul (*Medical Research Council – MRC*) e o *Medicines Regulatory Affairs* (MRA) (Figura 4).

No caso do GT de Ciência e Tecnologia do IBAS, no Brasil estão envolvidos os seguintes entes governamentais: o Ministério de Ciência, Tecnologia e Informação (MCTI), a partir da Assessoria de Assuntos Internacionais (ASSIN) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), em parceria com a Fiocruz que também participa do GT de Saúde. O Ponto Nodal brasileiro do GT de Ciência e Tecnologia é o Chefe da ASSIN do MCTI, Conselheiro Franklin Silva Netto desde julho de 2012²⁹ (Figura 4). Na Índia, o Ponto Nodal desse GT é o Diretor da Divisão de Cooperação Internacional Multilateral e Regional (*International Multilateral and Regional Cooperation – IMRC*) do Departamento de Ciência e Tecnologia (DS&T), Sra. Sadhna Relia; também participa do GT nas ações de cooperação em saúde o *Indian Council of Medical Research* (ICMR). Na África do Sul o Ponto Nodal é o Diretor da Cooperação Bilateral (*Overseas Bilateral Cooperation – OBC*) do Departamento de Ciência e Tecnologia, Sra. Punkah Mdaka e os outros órgãos sul-africanos envolvidos nesse GT de Ciência e Tecnologia são o *Medical Research Council* (MRC) e a *National Research Foundation* (NRF) (Figura 4).

É importante assinalar também que o desenvolvimento de iniciativas concretas de cooperação implica em acordos e informações prévias entre as partes. Nesse sentido, a partir da análise documental pode-se afirmar que durante a primeira década de funcionamento do IBAS o trabalho dos GTs esteve caracterizado, em boa medida, por atividades que promoviam um maior conhecimento

²⁹ Durante o período 2007-2011 o Ponto Nodal do GT de Ciência e Tecnologia foi o Dr. Monserrat Filho, jornalista de profissão. Cabe assinalar que o Conselheiro Franklin Silva Netto é profissional de carreira do MRE.

das realidades dos países-membros —por meio da troca de informações— e buscavam a definição de uma agenda de cooperação em saúde consensual entre as partes.

Finalmente, além dos Grupos de Trabalho, o segundo nível do IBAS incorporou organizações externas ao Poder Executivo, entre elas os Fóruns de Empresários, Mulheres, Parlamentares Acadêmicos, Editores, Pequenas Empresas, Governança Local e iniciativas como seminários diversos e eventos culturais. Essas inclusões visaram aprofundar e expandir o processo de aproximação entre os três países que integram o Fórum.

O Fundo IBAS de Combate à Fome e à Pobreza

O Fórum IBAS possui ainda um Fundo de Combate à Fome e a Pobreza (Fundo IBAS), cujo principal objetivo é financiar projetos autossustentáveis e replicáveis, voltados, sobretudo, para as necessidades dos países de Menor Desenvolvimento Relativo (MDRs) ou em situação de pós-conflito. O Fundo busca, ademais, fornecer exemplos de melhores práticas que possam contribuir na consecução das Metas do Milênio. Nessa perspectiva, não pode ser considerado um nível hierárquico, mas sim um instrumento de financiamento que contribuiu para a sua legitimação, e sendo assim, poderia ser considerado um pilar.

Foi formalmente estruturado em 28 de maio de 2004, após a I Reunião da Comissão Mista do IBAS. É administrado por um Conselho Diretor, composto por representantes governamentais dos três países e um representante, ex-ofício, do PNUD. Este Conselho é responsável pela direção estratégica do Fundo, isto é, seleção e aprovação dos projetos encaminhados, alocação e captação de recursos (Bueno, 2010), e não se destina a financiar projetos nos países-membros do IBAS.

As fontes que constituem o Fundo provêm das contribuições anuais dos próprios países-membros IBAS e de outros doadores – países, fundações filantrópicas e organizações da sociedade civil. Segundo o portal do MRE do Brasil, cada um dos três países do IBAS destina, anualmente, um milhão de dólares ao Fundo em caráter de doação. Sendo assim, esse Fundo é considerado uma inovação relevante em relação ao círculo tradicional de doadores internacionais (Moura, 2009; Sousa, 2009).

Os princípios que norteiam o processo de seleção dos projetos do Fundo IBAS são *ownership*, auto-sustentabilidade, alívio e mitigação da pobreza e, replicabilidade (Moura, 2009), dos quais derivam os critérios utilizados para a avaliação e aprovação das propostas submetidas ao Fundo: potencial para reduzir a fome e a pobreza; alinhamento com as prioridades do país beneficiário; experiências bem-sucedidas e capacidades disponíveis nos países-membros do IBAS

para serem compartilhadas; sustentabilidade das propostas; impacto identificável; possibilidade de que a iniciativa seja replicada; inovação; e realização em período de 12 a 14 meses.

Entretanto, aparentemente existe pouca transparência sobre a dinâmica institucionalizada para a apresentação e seleção dos projetos a serem considerados para financiamento e sobre o impacto dos seus desenvolvimentos (Conectas, 2013). Vale mencionar que não foram encontrados documentos que registrem esses processos.

Segundo o MRE do Brasil, até o presente o Fundo IBAS concluiu projetos em cinco países (Burundi, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Haiti e Palestina) e financiou projetos em outros sete países (Cabo Verde, Camboja, Guiné-Bissau, Laos, Palestina, Serra Leoa e Vietnã) atualmente em fase de implementação. O Quadro 2 a seguir sintetiza os projetos financiados pelo Fundo que já foram finalizados:

Quadro 2. Projetos Finalizados do Fundo IBAS de Combate à Fome e à Pobreza

País	Projeto – Data de Conclusão	Síntese
Burundi	Reforço à Infraestrutura e à Capacidade de Combate ao HIV/AIDS. Conclusão: Junho de 2012	Construção e equipamento de um centro de tratamento e de prevenção do HIV/AIDS, bem como fortalecimento da capacidade do Governo e da sociedade burundianos para combater o HIV/AIDS.
Cabo Verde	Reabilitação do Posto Sanitário de Covoada. Conclusão: Dezembro de 2008	Reforma da Unidade Básica de Saúde de Covoada – comunidade carente de recursos e de difícil acesso na ilha de São Nicolau – antes degradada e sem condições de funcionar, passou a ter capacidade para atender 230 pessoas.
Guiné-Bissau	Desenvolvimento da Agricultura e da Pecuária (Fase I). Conclusão: Junho de 2007	Introdução de sementes adaptadas à estação chuvosa que contribuem para a evolução na dieta da população local. Estima-se que 4,5 mil pessoas, das quais mais de 2,6 mil mulheres, beneficiaram-se direta ou indiretamente da assistência técnica prestada.
Guiné-Bissau	Desenvolvimento da Agricultura e da Pecuária (Fase II). Conclusão: Setembro de 2011	Alfabetização de adultos, principalmente mulheres e jovens, e instalação de painéis solares em diferentes vilas.
Haiti	Coleta de Resíduos Sólidos: uma ferramenta para reduzir violência e conflitos em Carrefour-Feuilles (Fase I). Conclusão: Abril de 2007	Coleta de Resíduos Sólidos na comunidade de Carrefour-Feuilles – uma das mais carentes de Porto Príncipe – o projeto empregou diretamente 385 pessoas da comunidade, entre as quais 207 mulheres. Foi uma das três iniciativas recomendadas ao Fundo das Nações Unidas para <i>Peace Building</i> por missão conjunta de organismos internacionais que visitou aquele país.
Haiti	Coleta de Resíduos Sólidos: uma ferramenta para reduzir violência e	Coleta de resíduos sólidos, triagem de lixo e fabricação de “briquetes” de papel que servem de

País	Projeto – Data de Conclusão	Síntese
	conflitos em Carrefour-Feuilles (Fase II). Conclusão: Dezembro de 2011	combustível para cozinhar alimentos (em substituição ao carvão vegetal). Esse produto resulta em economia de 78% nos custos de energia para famílias carentes.
Palestina	Construção de Centro Multiesportivo e formação de Ligas Esportivas Juvenis. Conclusão: Junho de 2011	Construção e equipagem do Centro Multiesportivo e a formação de ligas esportivas juvenis beneficiou a cidade de Ramalá e contou com orçamento de US\$ 1 milhão. A iniciativa decorreu da decisão do IBAS de destinar US\$ 3 milhões à Palestina para projetos de reconstrução financiados pelo Fundo.

Fonte: Elaboração própria a partir do portal do MRE (<http://www.itamaraty.gov.br/>). (Acesso em: 26/06/2013)

Os nove projetos em fase de execução são sintetizados no Quadro 3 a seguir:

Quadro 3. Projetos em Execução do Fundo IBAS de Combate à Fome e à Pobreza

País	Projeto
Cabo Verde	Dessalinização para o Aproveitamento de Água Potável
Camboja	Desenvolvimento amplo dos Serviços Médicos para Crianças e Adolescentes com Necessidades Especiais
Guiné-Bissau	Apoio à Reabilitação de Bolanhas e ao Processamento de Produtos de Origem Agrícola e Animal
Guiné-Bissau	Eletrificação Rural com Sistemas de Energia Solar
Laos	Apoio à agricultura irrigada integrada em 2 Distritos Bolikhamxay
Palestina	Reabilitação Parcial do Centro Hospitalar e Cultural da Sociedade do Crescente Vermelho Palestino na Faixa de Gaza (Hospital Al Quds)
Palestina	Construção de Centro para Pessoas com Necessidades Especiais
Serra Leoa	Desenvolvimento de Liderança e Capacitação Institucional para o Desenvolvimento Humano e Redução da Pobreza
Vietnã	Estabelecimento de ‘hub’ de produção de sementes de arroz

Fonte: Elaboração própria a partir do portal do MRE (<http://www.itamaraty.gov.br/>). (Acesso em: 26/06/2013)

Segundo alguns autores, o Fundo IBAS para o Alívio da Fome e da Pobreza desenvolve projetos de pequeno escopo, que exigem baixa alocação de recursos humanos e financeiros. Apesar de modestos e pontuais, esses projetos são efetivos politicamente, ao sinalizar a passagem dos países-membros de receptores a doadores, estabelecendo uma nova interconexão com o mundo em desenvolvimento e legitimando a existência do Fórum IBAS como concertação política (Bueno, 2010; Fernandes, 2012).

COOPERAÇÃO BILATERAL EM SAÚDE: BRASIL E OS DEMAIS PAÍSES-DO FÓRUM IBAS — HISTÓRIA, CONTEXTOS E PROCESSOS DE NEGOCIAÇÃO

A saúde é uma das áreas em que Índia, Brasil e África do Sul têm atuado conjuntamente em diversos fóruns internacionais, seja em pares ou em articulações entre os três países. A cooperação bilateral em saúde entre o Brasil e os outros dois países-membros do IBAS, por sua vez, é anterior à criação do Fórum e tem predominado o intercâmbio de tecnologias e importação de fármacos (entre Brasil e Índia) e, entre Brasil e África do Sul, troca de experiências e seminários sobre políticas públicas no combate à AIDS, em ciência, tecnologia e inovação e reformas dos sistemas de saúde (Bueno, 2012), entre outros temas.

Cooperação Bilateral em Saúde: Brasil-Índia

A aproximação entre a Índia e o Brasil na área da saúde tem sido um processo lento e gradual, com altos e baixos, que vem se intensificando ao longo da década de 2000, sobretudo em áreas específicas de ciência e tecnologia voltadas para a saúde. No início dos anos 1990, ambos os países passaram por processos de mudanças políticas e econômicas de caráter neoliberal, conduzindo, em termos gerais, à redução de tarifas de importação de diferentes produtos, inclusive do setor saúde. Na perspectiva de Bueno (2012), as reformas aplicadas na Índia e no Brasil facilitaram a cooperação bilateral que foi ampliada no final da década de 1990 e aprofundada em temas de Ciência e Tecnologia e Fármacos (Bueno, 2012, p. 259).

Segundo Silva (2007), a prática da cooperação internacional exige um conhecimento prévio entre as partes, de maneira que possam ser analisados os interesses mútuos e as questões nas quais é desejável a cooperação. O autor explica ainda que “há procedimentos padrão e arranjos legais específicos, como memorandos de entendimento, visitas técnicas e científicas, seguidas de *workshops* fundamentais para a definição dos termos de referência que compõem os documentos básicos de formalização da cooperação” (Silva, 2007, p. 16).

O processo de negociação de cooperação bilateral entre a Índia e o Brasil na área da saúde iniciou-se em 1985, com a assinatura do *Acordo sobre Cooperação nos Campos da Ciência e Tecnologia*. Porém, esse acordo só entrou em vigor em 1990, mas não se efetivou em projetos concretos. Em 27 de janeiro de 1996, durante a visita oficial do Presidente brasileiro Fernando Henrique Cardoso à Índia, ambos os países assinaram, em Nova Deli, a *Declaração Conjunta sobre a Agenda Brasil-Índia para Cooperação Científica e Tecnológica*, que reconhecia a importância de ampliar os termos do Acordo de 1985, atualizando-o para que se tornasse um instrumento legal mais

operativo e eficiente (Figura 5). Nessa Declaração os países manifestaram a relevância da cooperação bilateral, na qual deveriam participar não somente instituições estatais, mas também empresas privadas e centros de pesquisa. A medicina e a biotecnologia aplicada figuravam nessa Declaração entre as áreas de cooperação bilateral para o desenvolvimento de projetos de pesquisa, incluindo transferência tecnológica e formação de ‘*joint ventures*’. Para viabilizar esse objetivo, ambos países concordavam em estabelecer uma agenda comum para a qual seriam realizadas consultas e ‘*workshops*’.

Dois anos depois, em 1998, foi assinado o *Ajuste Complementar ao Acordo sobre Cooperação nos Campos da Ciência e Tecnologia na Área de Saúde e Medicina*. Esse instrumento definia dez áreas prioritárias para a cooperação em saúde entre Índia e Brasil, incluindo a área de biotecnologia em saúde e fármacos (Quadro 4).

Quadro 4. Áreas de Cooperação entre Índia e Brasil (1998) - Ajuste Complementar ao Acordo sobre Cooperação nos Campos da Ciência e Tecnologia na Área de Saúde e Medicina

1. Biotecnologia em saúde e fármacos
 - a) “*screening*” de plantas medicinais e produtos naturais para atividades anti-vírus, anti-bactérias e anti-protozoários; b) desenvolvimento de novas vacinas e fármacos; c) desenvolvimento de *kits* de diagnóstico para as principais endemias dos dois países;
2. Epidemiologia
 - a) desenvolvimento e aperfeiçoamento de técnicas e estratégias para vigilância epidemiológica; b) identificação de agravos de saúde pública;
3. Vigilância sanitária
 - a) normatização do registro de medicamentos; b) normatização de medicamentos importados; c) controle de qualidade de medicamentos; d) fitofarmácia; e) metodologia para inspeção de unidades farmacêuticas (*Good Manufacturing Practices GMP*)
4. Gestão de Sistemas de Saúde Pública
 - a) gestão colegiada–estabelecimento de Conselhos de Saúde; b) regulamentação aplicada à incorporação tecnológica de equipamentos e troca de informação e experiência sobre correlatos; c) metodologia para monitoramento de programas relativos à saúde e ao bem-estar da família– acompanhamento e avaliação de programas e formulação de estratégias de vinculação dos mesmos à rede de serviços de saúde.
5. Medicina Tradicional.
6. Farmacologia e fármacos.
7. Doenças infecciosas e Parasitologia.
8. Saúde materno-infantil e planejamento familiar.
9. Saúde ocupacional.
10. Medicina Tropical.

Fonte: Ajuste Complementar ao Acordo sobre Cooperação nos Campos da Ciência e Tecnologia na Área de Saúde e Medicina, 1998. MRE. Sistema de Atos Internacionais.

O Ajuste Complementar de 1998 estabelecia que a cooperação entre as partes seria definida a partir de intercâmbio de informações e de visitas de delegações de ambos os países; organização conjunta de programas de cooperação científica e seminários; e transferência de tecnologia em áreas de interesse bilateral. Os governos formariam um Grupo de Trabalho Permanente para a discussão e formulação de Planos de Ação, que seriam monitorados em reuniões bianuais. Contudo, depois da assinatura do Ajuste Complementar registra-se um longo período de inatividade sem qualquer efetivação dos seus acordos (Figura 5).

Durante a década de 1990, paralelamente à assinatura desses acordos entre a Índia e o Brasil, houve uma série de mudanças no marco regulatório e na política do setor farmacêutico brasileiro, que configurou o contexto em que se desenvolveram posteriormente as relações bilaterais. No início dos anos 1990, a economia brasileira foi marcada pela política neoliberal do governo do Presidente Fernando Collor de Melo que, entre outras medidas, decretou a abertura comercial do país. Segundo alguns autores, a implementação dessas medidas, entre elas a redução dos impostos de importação (de 60% em 1991 a 14% em 1994), impulsionou a importação de princípios-ativos e de fármacos por parte das empresas instaladas no território brasileiro (Sweet, 2007; Canchumani, 2008; Françoso et al., 2013).

Alguns autores chamam a atenção sobre a *Lei de Licitações* (Lei 8.666), assinada em 21 de junho de 1993, que regulava as compras públicas por meio de um marco rígido baseado nos preços (Orsi et al., 2003; Sweet, 2007). Segundo Sweet (2007, p. 18), a desaceleração da produção na indústria farmacêutica brasileira e a implementação da Lei de Licitações gerou oportunidade para os fornecedores indianos de produtos químicos e genéricos de entrar e explorar o mercado brasileiro. Ao mesmo tempo, para o governo brasileiro, a possibilidade de contar com fornecedores indianos era inicialmente percebida como uma vantagem para o desenvolvimento das iniciativas de saúde pública brasileira. A Índia tornou-se fornecedora de princípios-ativos de baixo custo para os laboratórios farmacêuticos nacionais que produziam medicamentos para programas oficiais do Ministério da Saúde (Orsi et al., 2003; Sweet, 2007; Chaturvedi, 2011).

Na segunda metade da década de 1990, o governo brasileiro implementou novas mudanças no marco regulatório do setor farmacêutico. Em 13 de novembro de 1996, foi aprovada a Lei 9.313, também conhecida como *Lei Sarney*, que reforçava a garantia do acesso universal e gratuito aos doentes de AIDS, não só para os tratamentos das infecções oportunistas, mas também para os tratamentos antirretrovirais (ARV). Com essa nova lei, amplia-se a política de acesso aos medicamentos para esses pacientes, e o principal desafio para as autoridades nacionais de saúde era a redução dos preços dos medicamentos a serem importados, especialmente dos ARV (Orsi et al.,

2003). Porém, também em 1996, foi aprovada a nova *Lei de Patentes ou Lei de Propriedade Intelectual* (Lei 9.279), que ajustava o regime jurídico existente no Brasil às regras estabelecidas no *Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio – Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights* (TRIPs), assinado dois anos antes no âmbito da Organização Mundial do Comércio (OMC). De acordo com Chaves et al. (2008), o acordo prejudicava seriamente a política de acesso universal vigente no Brasil, pois os medicamentos não poderiam ser produzidos nacionalmente a preços acessíveis. Canchumani (2008) também indica que “com a aprovação da Lei de Patentes acentuou-se ainda mais a importação de matéria-prima para [a produção de] medicamentos [...] conseqüentemente, encarecendo o preço final dos produtos” (p. 7).

Em 1998, foi aprovada a Política Nacional de Medicamentos (Portaria 3.916 de 10/11/1998) que estabeleceu as seguintes diretrizes: adoção da relação de medicamentos essenciais; regulamentação sanitária de medicamentos; promoção da produção nacional de medicamentos; garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; entre outras. Como parte dessa política, em 1999 foi aprovada a Lei dos Genéricos (Lei 9.787 de 10/02/1999).

A política de genéricos no Brasil remonta a 1976, com a Lei 6.360 “a legislação brasileira permitia às empresas fabricantes definirem elas próprias qual seria o medicamento de referência para o registro de seus similares. Entretanto, não havia exigência de comprovação da equivalência terapêutica do similar em relação ao medicamento considerado como referência” (Araújo, et al., 2010, p. 480). Com a Lei de 1999 se “estabeleceu um novo padrão para o desenvolvimento e o registro de medicamentos no país, [...] [pois] visava estimular a concorrência e a variedade de oferta de medicamentos no mercado, a melhoria da qualidade, a redução dos preços e o aumento do acesso aos tratamentos por parte da população” (Araújo, et al., 2010, p. 480-481). Nos anos seguintes à sua promulgação, a ANVISA publicou uma série de resoluções voltadas para medicamentos que buscava inserir novos procedimentos ou o aprimoramento daqueles já existentes (Araújo, et al., 2010). Cabe assinalar ainda que, em julho de 2000, o então Ministro da Saúde do Brasil, José Serra, realizou uma visita oficial à Índia, “com o objetivo de atrair um dos seus maiores laboratórios para produzir medicamentos genéricos no Brasil” (Costa, 2002, p. 65) (Figura 5). Essas medidas desarticularam e quase desmontaram a nascente produção nacional de medicamentos.

Segundo alguns autores, o interesse indiano no mercado brasileiro consolidou-se em 1999, com a implementação da Lei dos Genéricos (Sweet, 2007; Khorakiwala, 2007; Chaturvedi, 2011). No estudo realizado por Sweet (2007, p. 24), dez das onze empresas farmacêuticas indianas entrevistadas destacaram a legislação dos medicamentos genéricos como um fator determinante para

sua entrada no mercado brasileiro. Resultados semelhantes foram encontrados por Chaturvedi (2011), informando que a promulgação de normas para os medicamentos genéricos motivou as empresas indianas para investir no Brasil. Como resultado, 11 empresas indianas produtoras de medicamentos genéricos se instalaram no Brasil entre 1999 e 2005 (Sweet, 2007, p. 12), e havia um total de 22 empresas no país em 2010 (Chaturvedi, 2011).

No início da década de 2000 foi dado outro passo para promover a cooperação bilateral com a criação do Conselho Científico Brasil-Índia, por meio do *Memorando de Cooperação em Ciência e Tecnologia* assinado em 2001. O Conselho estava constituído por destacados membros das comunidades científicas brasileira e indiana, provenientes de diversas instituições acadêmicas. No caso do Brasil, segundo as Portarias MCT nº 699 (28/10/2002) e MCT nº 37 (23/01/2004), além de membros provenientes do Ministério de Ciência e Tecnologia (MCT) e suas agências, o Conselho Científico Brasil-Índia estaria integrado por destacados cientistas provenientes das seguintes instituições: Academia Brasileira de Ciências, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Matemática Pura e Aplicada (IMPA), Fundação Lyndolpho Silva (FLS) e Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). O Conselho Científico promoveria a cooperação bilateral, recomendando projetos conjuntos de pesquisa e desenvolvimento e atividades que reúnem os centros de investigação e centros empresariais dos dois países. Contudo, este Conselho permaneceu inativo.

O Chanceler do governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, Embaixador Celso Amorim, realizou uma visita oficial à Índia (Nova Delhi) em 2003. Foi então assinado um *Comunicado Conjunto* em 2003, onde mais uma vez os países se comprometiam a incentivar a cooperação bilateral em ciência e tecnologia, convocando a primeira reunião do Conselho Científico Brasil-Índia, realizada em 2005.

Desde então, o Conselho se reúne anualmente de forma sistemática, visando tornar operacionais os termos dos acordos diplomáticos firmados entre as duas nações na área de ciência, tecnologia e inovação (Figura 5). Segundo o relatório da Academia Brasileira de Ciências, o Conselho estabelece planos de ação concretos em áreas prioritárias, baseados no conhecimento mútuo das potencialidades de ambos os países e nos temas de interesse comum, programando atividades científicas que, em curto prazo, aumentaram a sinergia e beneficiaram as comunidades científicas dos dois países (Academia Brasileira de Ciências, 2009, p. 53).

Um novo *Acordo de Cooperação de Ciência e Tecnologia* foi assinado em junho de 2006, substituindo o anterior (de 1985) e estabelecendo dez áreas nas que seria focada a cooperação bilateral: 1) biotecnologia, 2) química, 3) pesquisas climáticas, 4) ciências marítimas, 5) novos

materiais, 6) matemática, 7) física, 8) fontes de energia renovável e sustentável, 9) espaço e 10) parceria indústria-pesquisa. Após a assinatura desse Acordo de 2006 foi efetivamente implementada a atuação conjunta entre o MCT e o Ministério das Relações Exteriores (MRE), com a coordenação da Academia Brasileira de Ciências, que reuniu as competências específicas de cada segmento, estabelecendo-se uma parceria entre esses três atores na implementação da política externa brasileira relacionada a Ciência, Tecnologia e Inovação. Assim os membros da Academia assumiram a responsabilidade de traduzir os termos do acordo em programas, projetos e atividades e o MCT reafirmou o compromisso de mobilizar os cientistas brasileiros para participarem efetivamente desses esforços (Academia Brasileira de Ciências, 2009, p. 54).

Como se observa na Figura 5, desde 2007 aconteceram cinco eventos técnicos-científicos e foram lançados três editais pelos governos da Índia e do Brasil para apoio financeiro a atividades conjuntas de pesquisa e inovação. Entre os eventos técnicos-científicos figuram (Academia Brasileira de Ciências, 2009 e 2011):

- a) *Workshop de fármacos (2007, Rio de Janeiro)*: a indústria farmacêutica indiana foi o foco deste evento, onde foram discutidos assuntos diversos entre os quais destaca-se o papel das políticas públicas na produção de medicamentos genéricos e novos produtos químicos, práticas regulatórias sobre o uso da biodiversidade e seus benefícios, boas práticas laboratoriais, testes pré-clínicos, práticas de licenciamento e práticas burocráticas das agências reguladoras.
- b) *Reunião Indo-Brasileira sobre Doenças Infecciosas (2008, Bangalore)*: os pesquisadores brasileiros apresentaram a situação da leishmaniose no país e as principais linhas de pesquisa na área. Foram discutidas também outras doenças como a AIDS, tuberculose e hanseníase.
- c) *Workshop sobre Doenças Infecciosas (2008, Rio de Janeiro)*: neste evento os pesquisadores brasileiros e indianos discutiram a situação da epidemia de HIV/AIDS, da tuberculose, malária e leishmaniose nos dois países.
- d) *Evento Glaucoma na Índia e no Brasil (2009, São Paulo)*: os pesquisadores indianos apresentaram as tendências da pesquisa ocular na Índia e trataram o tema do glaucoma congênito primário.
- e) *Simpósio Brasil-Índia de Ciências Biomédicas (2011, Rio de Janeiro)*: as neurociências foi o assunto central deste evento, onde foram discutidos temas como memória, síndrome de Angelman, terapias celulares com células-tronco em doenças neurológicas e neurociência da visão (Academia Brasileira de Ciências, 2009 e 2011).

Esses eventos científicos proporcionaram a troca de conhecimentos entre diferentes interlocutores e possíveis parceiros, tanto em relação às respectivas realidades de saúde de cada país, quanto para a identificação das áreas específicas nas quais existiam interesses mútuos para a cooperação. Além do reconhecimento entre as partes, os eventos têm servido para promover o intercâmbio científico e a definição de projetos de pesquisa comuns entre a Academia Brasileira de Ciências e o *Department of Science and Technology* (DST) da Índia, especialmente na área de doenças infecciosas (Academia Brasileira de Ciências, 2009). Segundo informações do portal da Academia Brasileira de Ciências³⁰, alguns dos projetos conjuntos aprovados visavam ao desenvolvimento de medicamentos para malária, leishmaniose e toxoplasmose. Outros estavam mais vinculados à pesquisa básica (como a melhor compreensão da ação parasitária). Não obstante, o portal não oferece informações mais detalhadas sobre esses projetos.

Em janeiro de 2007, o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva realizou uma visita oficial à Índia com o objetivo de consolidar a aliança entre os dois países e explorar possibilidades de negócios, inclusive na área farmacêutica, visando aumentar as trocas comerciais bilaterais (Globo, 2007). No mesmo ano, o Brasil usou, pela primeira vez, o mecanismo da licença compulsória³¹ para a produção nacional do efavirenz³². Após negociações infrutíferas com a Merck, que oferecia o medicamento a preços duas vezes mais altos que os do mercado internacional, o Ministério da Saúde do governo brasileiro declarou o efavirenz como um medicamento de interesse público e emitiu a licença compulsória em maio de 2007 (Chaves et al., 2008, p. 171). Enquanto a droga não era produzida no Brasil, a versão genérica do efavirenz foi importada da Índia (desde julho de 2007) com preço menos que um terço daquele oferecido pela Merck (DST-AIDS, 2007).

A implementação de iniciativas concretas de cooperação em saúde, e mesmo de ações de intercâmbio de conhecimentos entre as partes, demandam um compromisso financeiro que viabilize os objetivos propostos nos acordos. Nesse sentido, apenas em 2007 tem-se registro do primeiro financiamento fornecido pelos governos do Brasil e da Índia para o desenvolvimento da cooperação em saúde. Segundo Chaturvedi (2011), os chanceleres de ambos os países assumiram um compromisso:

³⁰ Informação disponível em: < http://www.abc.org.br/article.php3?id_article=92> (Acesso em: 25/11/2013).

³¹ Licença compulsória: Prevista no artigo 31 do Acordo TRIPS. “Quando um governo autoriza empresas ou indivíduos que não são detentores de patentes para fabricar, usar, vender ou importar um produto sob proteção de patente sem o consentimento do detentor da patente” (Chaves et al., 2008, p. 168).

³² Efavirenz: “é um fármaco inibidor da transcriptase reversa não-análogo dos nucleósidos (NNTRI) que se administra como parte da terapêutica antirretroviral de elevada eficácia (HAART) no tratamento da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana tipo I (VIH-1)”. Disponível em: < <http://pt.wikipedia.org/wiki/Efavirenz>>. (Acesso em: 25/05/2014)

“Os ministros de relações exteriores da Índia e do Brasil, na sua reunião conjunta em abril de 2007, em Nova Delhi, estabeleceram como prioridade que cada um dos países contribuiria com US\$ 1 milhão para projetos de pesquisa conjunta” (Chaturvedi, 2011, p. 16-17, tradução livre).

Chaturvedi (2011) não esclarece para qual período seria esse financiamento. Não obstante, segundo o *Edital CT-INFO/CT-HIDRO/CNPq n° 40/2007*³³, do Ministério de Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) do Brasil, lançado a partir do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), o país alocou apenas R\$1.100.000,00, para essas atividades, valor extremamente pequeno ao se considerar a quantidade de áreas contempladas no edital (um total de oito, entre elas Ciências Biomédicas e Biotecnologia) passíveis de receber o apoio financeiro.

Os recursos visavam apoiar, de forma complementar, o desenvolvimento de projetos conjuntos, visitas exploratórias e realização de eventos de pesquisa científica, tecnológica e de inovação no âmbito de cooperação entre instituições de pesquisa brasileiras e indianas. A chamada recebeu ao redor de 200 propostas, das quais 19 foram aprovadas, a maioria delas no setor de tecnologia da saúde (Chaturvedi, 2011, p. 17).

Em 2013, os governos do Brasil e da Índia aumentaram a quantidade de recursos financeiros para apoiar as atividades de cooperação bilateral em Ciência e Tecnologia, inclusive em questões vinculadas ao setor saúde duas novas chamadas foram lançadas. Na primeira chamada³⁴, o MCTI do Brasil, por meio do CNPq, e o Departamento de Biotecnologia (DBT) do Ministério da Ciência e Tecnologia da Índia alocaram R\$ 1.400.000,00 para apoiar projetos conjuntos de pesquisa, desenvolvimento e inovação na área de biotecnologia e saúde, especialmente em produtos biotecnológicos. Na segunda chamada³⁵, o MCTI do Brasil, por meio do CNPq, e o Ministério da Ciência e Tecnologia da Índia, por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia (DST) alocaram R\$ 6.700.000 para apoiar projetos conjuntos de pesquisa, desenvolvimento e inovação em seis áreas diferentes, entre elas ciências da saúde e biomédicas (Figura 5). Segundo informações do portal do CNPq, boa parte dos projetos aprovados foram da área de saúde, especialmente sobre doenças infecciosas. Porém, não estão disponíveis informações detalhadas sobre esses projetos.

Além da cooperação em saúde no âmbito bilateral, Brasil e Índia têm colaborado também em diversos fóruns multilaterais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Mundial do Comércio (OMC), onde trabalham conjuntamente na definição de agendas de interesse comum. Um exemplo dessa articulação são as ações judiciais que, em 2010, Índia e Brasil

³³ Edital CT-INFO/CT-HIDRO/CNPq n° 40/2007 – Brasil-Índia. Portal do CNPq.

³⁴ Chamada MCTI-CNPq N° 12/2013. Cooperação MCTI-CNPq/DBT (Índia). Portal do CNPq.

³⁵ Chamada N° 13/2012. Cooperação MCTI-CNPq/DST (Índia). Portal do CNPq.

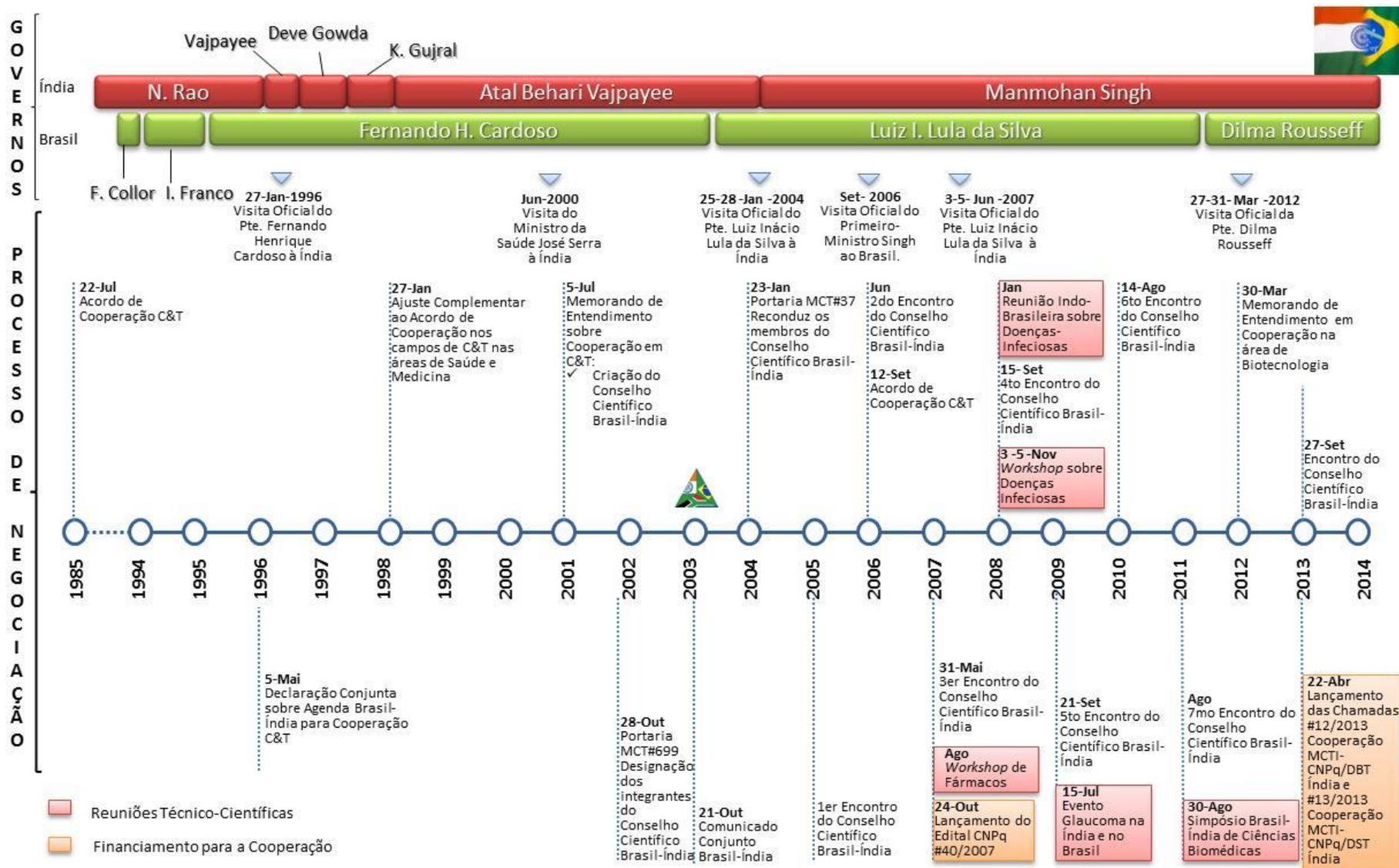
apresentaram na OMC, contra a União Europeia (UE) e os Países Baixos, questionando sobre a apreensão de medicamentos genéricos em trânsito (exportados da Índia para o Brasil), acontecidas em 2008 e 2009.

Essa apreensão foi feita baseada na invocação do Regulamento do Conselho da União Europeia CE 1383 de 22/07/2003³⁶, que permite o embargo pela alfândega de produtos suspeitos de infração dos direitos de propriedade intelectual considerados como falsificados. Essa ação foi ilegal, pois os medicamentos genéricos indianos não deveriam ter sido detidos porque suas patentes não são reconhecidas no país de origem ou de destino (Faria, 2011). Brasil e Índia se articularam junto à OMC contra a UE, alegando que essas ações violavam as regras da organização, danificaram o comércio legítimo de medicamentos genéricos e impediram o acesso a medicamentos essenciais nos países em desenvolvimento (Zarocostas, 2010; Securing Industry, 2010, Faria, 2011).

Faria (2011) relata que o Brasil e a Índia recorreram oficialmente ao Mecanismo de Solução de Controvérsia da OMC contra a UE e a Holanda em 12 de maio de 2010 (DS408 – Índia / DS409 – Brasil). Segundo a autora, foram realizadas duas rodadas de consultas sobre o Regulamento CE 1383/2003 (em julho e setembro de 2010), nas quais o embaixador brasileiro na OMC argumentou que este era ilegal. Segundo Faria (2011), o Ministro de Comércio e Indústria da Índia, Anand Sharma, declarou que o Comissário de Comércio da UE, Karel de Gucht, se comprometeu a modificar o Regulamento europeu e que a Índia não retiraria a queixa na OMC até tanto esse compromisso fosse cumprido. Porém, ainda em 2011, o Regulamento CE 1383/2003 permanecia em vigor, sem alterações. Cabe assinalar também que a carga de medicamentos genéricos indianos que tinham por destino o Brasil retornou à Índia.

³⁶ O Regulamento do Conselho da União Europeia CE 1383, de 22 de julho de 2003, refere à intervenção que devem ser tomadas pelas autoridades alfandegárias nos casos em que mercadorias suspeitas vulnerem determinados direitos de propriedade intelectual. Disponível em: <<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:196:0007:0014:EN:PDF>>. (Acesso em:24/05/2014)

Figura 5. Linha do Tempo do Processo de Negociação da Cooperação Bilateral em Saúde: Índia-Brasil.



Fuente: Elaboração Própria a partir da análise documental.

Cooperação Bilateral em Saúde: Brasil-África do Sul

A relação de cooperação bilateral em saúde entre Brasil e África do Sul é mais recente do que aquela estabelecida entre a Índia e o Brasil, mas também vem sendo construída lentamente, num processo gradual.

O *apartheid* – regime político de segregação racial adotado entre 1948 e 1994 pelos sucessivos governos do Partido Nacional na África do Sul, que excluía a grande maioria da população, violando seus direitos a partir de critérios eminentemente raciais – “foi certamente o elemento mais perturbador e constrangedor das relações entre Brasil e África do Sul” (Penna Filho, 2013, p. 12). A política do *apartheid* não era aceita pelo Estado brasileiro assim como por outros países.

O fim do *apartheid* era uma condição necessária para que as relações diplomáticas entre Brasil e África do Sul fossem normalizadas, não apenas porque as visões e atuações sobre a questão racial eram contrárias, senão também porque a imagem do Brasil no cenário internacional se veria fortemente prejudicada se houvesse uma aproximação com o país sul-africano. Na perspectiva de Penna Filho, “para a projeção internacional do Brasil, o *apartheid* passou, de elemento inibidor e constrangedor, para uma variável proibitiva para a política exterior brasileira” (Penna Filho, 2001, p. 87).

Desse modo, o desmantelamento do regime de segregação racial e a adoção de um sistema democrático, por parte do país africano, foram os elementos viabilizadores que marcaram o início de uma relação bilateral Brasil-África do Sul mais concreta, sem implicar no comprometimento das relações desses países com o resto do globo. Outro elemento fundamental para a aproximação entre Brasil e África do Sul foi o alinhamento de seus posicionamentos com respeito aos direitos humanos, dado que ambos os países empreenderam a reconstrução de instituições políticas (Constituição, 1988) com valorização e promoção de direitos humanos, favorecendo o entendimento e facilitando o diálogo entre os dois Estados em processo de democratização (Mallmann, 2009).

No começo da década de 1990, essa nova relação se materializa com a designação de um embaixador para ocupar a chefia na representação brasileira na África do Sul, com a instalação da Embaixada em Pretória e a reabertura do consulado brasileiro na Cidade do Cabo (Penna Filho, 2013). As negociações para a aproximação entre os dois países tiveram início em 1996, com a primeira visita de um chefe de Estado brasileiro, Fernando Henrique Cardoso, à África do Sul, posteriormente retribuída com a visita do Presidente sul-africano Nelson Mandela, em 1998. Cabe assinalar que nessa mesma visita ao Brasil o Presidente sul-africano fez contato com o candidato de

oposição, Luís Inácio Lula da Silva, que ocuparia a presidência do Brasil cinco anos depois (Figura 6).

Naquela oportunidade, ambos os chefes de Estado explicitaram a existência de desafios comuns em áreas diversas, entre elas a saúde, e destacaram a relevância da troca de experiências entre os dois países. O Presidente Nelson Mandela, em seu discurso na cidade de Brasília em 1998, chamava a atenção para a cooperação Sul-Sul e a parceria entre as duas nações:

“Compartilhamos a necessidade de superar grandes disparidades entre ricos e pobres. Ambos enfrentamos enormes desafios para eliminar a pobreza, criar emprego, fornecer moradia, saúde e bem-estar para a maioria do nosso povo. Cada um dos nossos países, acreditamos, tem lições valiosas que o outro pode aprender. (...) Os nossos papéis ativos em nossas respectivas regiões e os nossos pontos de vista comuns sobre o comércio mundial, sobre a reestruturação da Organização das Nações Unidas e sobre a cooperação Sul-Sul nos tornam parceiros naturais nos esforços para fazer de nossos continentes pontos focais de crescimento e prosperidade no próximo milênio” [Tradução livre e destaque do autor] (Mandela, 1998).

Essa primeira aproximação não resultou em nenhum acordo de cooperação, mas foi assinado um *Memorando de Entendimento relativo a Consultas sobre Assuntos de Interesse Comum*³⁷ que estaria em vigor por cinco anos.

Em 1999, dando continuidade ao definido no Memorando e por determinação do MRE, o Brasil enviou duas missões aos países africanos de língua inglesa com o intuito de realizar um diagnóstico sobre a situação daqueles países, identificando áreas e assuntos de interesse comum que pudessem compor futuros acordos de cooperação técnica. Segundo os relatórios derivados daquelas missões, dois países se sobressaíam por seu grande potencial para desenvolver cooperação junto ao Brasil: Namíbia e África do Sul. A missão técnica a África do Sul sobre Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS), do Ministério da Saúde, identificou três áreas com potencial de cooperação: vigilância epidemiológica, informação em saúde, informação ao público, educação e comunicação. Além disso, o Brasil discutiu a possibilidade de transferir tecnologia para produzir zidovudina (AZT)³⁸ em laboratórios sul-africanos, como uma forma de

³⁷ Memorando de entendimento relativo a consultas sobre assuntos de interesse comum. Julho de 1998. MRE. Sistema de Atos Internacionais. http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1998/b_36/

³⁸ Zidovudina ou AZT é um fármaco utilizado como antiviral, inibidor da transcriptase reversa (inversa). Foi uma das primeiras drogas aprovadas para o tratamento da AIDS. <http://www.rnpvha.org.br/artigos/medicamento-contr-a-aids-zidovudina-azt/>

contribuir no combate à epidemia de HIV/AIDS, que assumia grandes proporções no país (Bueno, 2012; Penna Filho, 2001)³⁹. Aparentemente essa proposta não se concretizou⁴⁰.

Após as missões técnicas, em março de 2000 os dois governos assinaram o primeiro *Acordo sobre Cooperação Técnica*, que contemplava a saúde entre as áreas de especial interesse mútuo e atribuía ao Ministério dos Negócios Estrangeiros da África do Sul e à Agência Brasileira de Cooperação (ABC) do MRE brasileiro a responsabilidade pelo desenvolvimento das atividades nos termos do acordo. Em dezembro do mesmo ano, os governos de ambos os Estados assinaram a *Declaração de Intenções sobre Cooperação na Área da Saúde* que manifestava o interesse das partes de cooperar em sete áreas: 1) pesquisa; 2) HIV/AIDS; 3) saúde em reprodução humana; 4) recursos humanos; 5) sistemas de informação em gerenciamento de saúde; 6) medicamentos, fármacos e vacinas e; 7) prestação de serviços especializados em saúde. Em dezembro do ano 2000, foi criada a Comissão Mista Brasil-África do Sul que facilitaria a cooperação bilateral nos principais temas de interesse mútuo, inclusive a saúde, e se reuniria uma vez por ano. Porém, desde 2002 essa Comissão reuniu-se apenas em cinco oportunidades⁴¹ (Figura 6).

Segundo Bueno (2012), em 2001, o governo brasileiro assinou um Acordo de Cooperação com a organização não governamental Médicos Sem Fronteiras (MSF), por meio do qual poderiam ser desenvolvidas ações concretas nos países em que o Brasil e o MSF já tinham ações conjuntas. Como consequência desse acordo, o Ministério da Saúde do Brasil, com os recursos financeiros do MSF, distribuiu medicamentos antirretrovirais (ARV) – produzidos pela Fiocruz – na África do Sul, especificamente na cidade de Western Cape, beneficiando quatrocentas pessoas infectadas com o HIV/AIDS. Bueno (2012) assinala ainda que a África do Sul não participou do *Programa de Cooperação Internacional para ações de prevenção e controle do HIV/AIDS para outros países em desenvolvimento (PCI)*, lançado pelo Brasil nos anos seguintes. Apesar dos avanços nas negociações feitas durante o período 1999-2001 registra-se um longo período de inatividade, e a cooperação bilateral em saúde só foi retomada a finais dos anos 2000.

Como no resto do mundo, na África do Sul os primeiros casos de AIDS foram identificados no início da década de 1980, quando o regime do *apartheid* enfrentava grande resistência no país. Alguns autores afirmam que quando se iniciou o processo de transição política para a democracia, havia passado mais de uma década sem qualquer política efetiva para o controle da epidemia no país,

³⁹ No Brasil, a zidovudina (AZT) foi o primeiro antirretroviral genérico produzido por três laboratórios oficiais no Brasil – Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (Lafepe) em 1993; Fundação para o Remédio Popular do Estado de São Paulo (FURP) em 1997 e Far-Manguinhos em 1998 (Magalhaes, 2011).

⁴⁰ Vale lembrar que a produção de medicamentos na África do Sul é altamente privada.

⁴¹ As três primeiras reuniões aconteceram entre 2002 e 2004, após um período de seis anos reuniu-se novamente em 2010 e a última reunião foi realizada em 2013.

resultando em aumento considerável do número de infetados (Karim, et al., 2009; Mallmann, 2009; Mauchlin, 2008). As ações nessa área limitavam-se ao atendimento hospitalar dos doentes e às entrevistas com doadores de bancos de sangue para a identificação de comportamentos de risco (Mallmann, 2009, p. 179).

A falta de ação do governo do *apartheid* impulsionou a organização da sociedade civil. Em 1993 foi criada a Convenção Nacional de AIDS da África do Sul (*Networking HIV, AIDS Community of South Africa* – NACOSA), que incorporava representantes do governo e representantes anti-*apartheid*, além de ativistas que lutavam pelos direitos das pessoas com HIV/AIDS. Em 1994, o Plano Nacional de AIDS formulado pela NACOSA, foi a primeira estratégia relevante no combate à epidemia e foi adotado pelo novo governo democrático do presidente Mandela (Karim et al., 2009, p. 923), que implementou um conjunto de medidas⁴² com base nos direitos humanos que, de algum modo, beneficiaram as pessoas portadoras do vírus. Uma delas foi marco importante para a institucionalização do tratamento com ARV – a nova Lei de Medicamentos, introduzida em 1997, que incluía uma cláusula permitindo a quebra de patentes em casos de interesse da saúde pública (Giaccaglia, 2010; Mauchlin, 2009).

Essa medida gerou fortes pressões. Por um lado, em 1999, a Associação de Fabricantes Farmacêuticos da África do Sul, apoiada por 39 multinacionais farmacêuticas, entrou na justiça contra o governo sul-africano. Por outro lado, o Congresso dos Estados Unidos ameaçou suspender a Ajuda Oficial para o Desenvolvimento (AOD) à África do Sul (Giaccaglia, 2010). Dois anos depois (em 2001), com a reação e pressões da sociedade civil, dos meios de comunicação e da comunidade internacional, as empresas farmacêuticas retiraram a demanda judicial, o que foi visto como uma vitória do governo sul-africano e um sinal de que os medicamentos genéricos importados ou produzidos internamente finalmente seriam disponibilizados para a população (Mauchlin, 2009). Não obstante, isso só aconteceu em 2003, quando o segundo governo do ANC (*African National Congress*), Thabo Mbeki, aprovou o fornecimento de antirretrovirais gratuitamente nos serviços públicos de saúde, depois de ter causado outra grande polêmica internacional, quando o próprio presidente e sua Ministra da Saúde, Manto Tshabala-Msimang, questionaram evidências científicas sobre a transmissão do HIV como causa da AIDS (Benatar, 2004; Chopra, et al., 2009; Mauchlin, 2009; Karim, et al., 2009).

⁴² Atendimento primário gratuito para mulheres grávidas (1994); ampliação do atendimento ambulatorial gratuito com financiamento público nos serviços de saúde; e estabelecimento de uma Lista de Medicamentos Essenciais (1996) que deviam ser disponibilizados na rede pública de atenção (Mauchlin, 2008, p.15).

Esse fato ocorreu em março de 2000 quando o Presidente Mbeki convocou um Painel Consultivo Internacional sobre a AIDS, composto por supostos especialistas, cujas teorias desacreditavam a existência do vírus ou o consideravam inofensivo, afirmando que os antirretrovirais eram ineficazes e perigosos. Esse painel deveria informar o governo sobre as políticas mais adequadas a serem adotadas contra a epidemia de HIV/AIDS. Salim (2009) e outros autores afirmam que essa medida mobilizou a opinião pública mundial que se manifestou por meio da XIII Conferência Internacional de AIDS, realizada em 2000, na África do Sul, que aprovou a Declaração de Durban (Salim et al., 2009, p. 923).

As pressões da sociedade civil organizada na defesa dos direitos de saúde estabelecidos na Constituição do país continuaram. Uma das organizações mais ativas em oposição à postura do governo foi a *Treatment Action Campaign* (TAC), formada em 1998. A TAC entrou na justiça contra o governo sul-africano devido à restrição na oferta de Nevirapina⁴³. O caso avançou e, em 2001, o Tribunal Constitucional pronunciou-se contra o governo, obrigando-o a fornecer Nevirapina para todas as mulheres grávidas e HIV-positivas na África do Sul (Mauchlin, 2009; Karim et al., 2009).

Finalmente, em outubro de 2003, depois de vários protestos da sociedade civil e do contínuo agravamento nos indicadores da doença, o governo de Mbeki decidiu anunciar um plano para fornecer antirretrovirais gratuitamente nos serviços públicos de saúde. Entretanto, a implementação foi lenta, pois a maioria dos estados sul-africanos receberam os ARV só em 2005. Além disso, embora durante o segundo mandato o presidente Mbeki tenha evitado o tema da epidemia de HIV/AIDS, sua Ministra da Saúde, Manto Tshabalala-Msimang, que continuou no governo seguiu desqualificando os tratamentos contra o HIV/AIDS e promovendo a distribuição de medicamentos não testados e não licenciados, bem como suplementos vitamínicos como alternativa aos protocolos de tratamento preconizados mundialmente (Mauchlin, 2009; Karim et al., 2009).

Somente a partir de 2009, com a entrada do novo governo sul-africano, foram retomadas as negociações para promover a cooperação bilateral na área de ciência tecnologia e saúde. Segundo a análise documental, em março de 2009, o Brasil realizou uma missão exploratória à África do Sul, no contexto dos preparativos da I Reunião do Comitê Conjunto de Cooperação Científica e Tecnológica (CCCCT) que aconteceria em maio desse mesmo ano no Brasil. A composição da missão apresentou um caráter diversificado e multitemático, integrada por representantes de várias

⁴³ Nevirapina é um fármaco utilizado no tratamento da AIDS. Age inibindo a replicação do HIV e aumenta a produção de células CD4.

instituições brasileiras, entre elas o MRE, o MCT e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)⁴⁴. Essa missão identificou interlocutores sul-africanos na área de ciência, tecnologia e inovação e visitou treze centros de pesquisa, empresas privadas e instituições governamentais sul-africanas⁴⁵ que apresentavam potencial para o estabelecimento de parcerias com entidades brasileiras. Nas discussões sobre saúde, o Brasil propôs a troca de experiências e desenvolvimento de pesquisas comparativas em sistemas de saúde, considerando as proximidades históricas entre a criação do SUS e o sistema de saúde pós-*apartheid* na África do Sul. Além disso, durante a missão foram cogitadas iniciativas como o lançamento de editais (‘chamadas conjuntas’) para o financiamento de projetos bilaterais; intercâmbio de pesquisadores e estudantes; desenvolvimento conjunto de *software*; maior colaboração política em foros internacionais, inclusive na área de propriedade intelectual (Figura 6) (Maia, 2009).

Poucos dias antes da I Reunião do CCCCT, em maio de 2009, uma missão de técnicos sul-africanos também visitou o Brasil para identificar oportunidades de parceria e cooperação entre os dois países. Porém, não foram encontrados documentos que mostrassem detalhes sobre essa missão.

Em 29 de maio de 2009, seis anos depois da assinatura do *Acordo Bilateral de Cooperação Científica e Tecnológica* (2003) que estabelecia o CCCCT, foi realizada a primeira e única reunião desse Comitê que se tenha registro⁴⁶. Nesse encontro foi identificado como prioritário o estabelecimento de um plano de trabalho que considerasse ações conjuntas na área da saúde em

⁴⁴ As instituições que integraram a missão foram: MRE, MCT, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), Fiocruz, Agência Espacial Brasileira (AEB), Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE), Laboratório Nacional de Luz Síncrotron (Universidade de Campinas), Associação Brasileira do Carvão Mineral, Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA) e Softex (Relato missão brasileira à África do Sul, 2009).

⁴⁵ As entidades de CTI visitadas foram: a) Instituto para Satélites e Aplicações de Software (ISSA) e a empresa ‘Sunspace Innovative Satellite Solutions’; b) Laboratório iThemba (nanotecnologia, pesquisa de materiais e luz síncrotron); c) ‘Southern African Large Telescope’ (SALT); d) Empresa PetroSA (tecnologia *gas-to-liquid*); e) Empresa Sasol (tecnologia *coal-to-liquid* e *underground coal gasification*); f) Conselho de Pesquisas Agrícolas (ARC); g) ESKOM (energia elétrica); h) *Innovation Hub de Gauteng* (parque tecnológico e incubador de empresas); i) NECSA (Nuclear Energy Corporation); j) Centro de Nanotecnologia do Conselho de Pesquisas Científicas e Industriais (CSIR); k) Instituto Meraka de Tecnologia da Informação e Comunicação (TICs); l) Centro de Biociências do Conselho de Pesquisas Científicas e Industriais (CSIR); e m) Ministério de Ciência e Tecnologia (sede) (Relato missão brasileira à África do Sul, 2009).

⁴⁶ Nessa Reunião participou um amplo grupo de instituições de ambos os países, do lado brasileiro: MCT, MS, Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação do Ministério do Planejamento (MPOG / SLTI), EMBRAPA, Empresa Brasileira de Aeronáutica (EMBRAER), Serviço de Processamento de Dados Federal (Serpro), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), AEB, Instituto de Financiamento de Estudos e Projetos (FINEP), Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), Instituto Alberto Luiz Coimbra da Universidade Federal do Rio de Janeiro (COPPE / UFRJ), Universidade de Brasília (UnB), Educação Nacional e da Rede de Pesquisa (RNP), Agência Nacional de Águas (ANA), Laboratório Nacional de Luz Síncrotron (LNLS), Institucional Secretaria de Segurança do Gabinete da Presidência (GSI), Confederação Nacional de Ciência e Tecnologia Secretarias Estaduais (Consecti), Confederação Nacional das Agências de Fomento do Estado (Confap), Fiocruz, Divisões internas do MRE: DEMA, DIPI, DAF-II e DCTEC. Do lado sul-africano: *Department of Science and Technology (DS&T)*, *Meraka Institute*, *National Research Foundation*, *Research Group Leader of Water Treatment and Utilization of the Council for Scientific and Industrial Research*, *Agricultural Research Council*.

questões de biotecnologia, tecnologia e transferência de conhecimento. O plano de trabalho abrangeria um período de 12 a 18 meses, com definição de metas e fontes de financiamento específicas e cuja implementação incluiria *workshops* e seminários com o Ministério da Saúde, a Fiocruz e outras instituições afins e centros de pesquisa, do lado brasileiro, e do Departamento de Ciência e Tecnologia e do Conselho de Pesquisa Médica, do lado sul-africano. Também, foram discutidos os interesses de abordar as políticas e sistemas de saúde em iniciativas futuras de cooperação (*I Meeting JCSTC, 2009; Minutes I Meeting JCSTC, 2009*).

Cinco meses após essa reunião o novo presidente sul-africano, Jacob Zuma, visitou o Brasil com os objetivos de relançar a Comissão Mista Brasil-África do Sul, como um veículo para a manutenção das relações bilaterais, e explorar as possibilidades de cooperação trilateral entre África do Sul e Brasil, em África e na América Latina (*International Relation and Cooperation of South Africa, 2009*) (Figura 6). Nessa ocasião, os presidentes enfatizaram a necessidade de fortalecer e aprofundar a cooperação bilateral e concluir uma Declaração de Parceria Estratégica que conduziria a um Acordo Bilateral e a um Plano de Ação (*International Relation and Cooperation of South Africa, 2010*).

As orientações presidenciais foram acatadas e a quarta Reunião da Comissão Mista Brasil-África do Sul ocorreu em Tshwane, África do Sul, em maio de 2010, quase seis anos após a última sessão dessa Comissão realizada em outubro de 2004. Nessa reunião, a Comissão Mista expressou sua convicção de que o Plano de Ação e a Declaração sobre o Acordo de Parceria Estratégica forneceria uma interface bilateral mais estruturada e sustentável e que o trabalho sobre esses instrumentos seria concluído até o final de junho de 2010, pronto para ser assinado pelos Presidentes da África do Sul e do Brasil (*International Relation and Cooperation of South Africa, 2010*).

Os documentos consultados mostram que nessa ocasião o Brasil enviou uma missão oficial a África do Sul que contou com a participação de representantes da Assessoria Internacional do Ministério da Saúde (AISA/MS) e da Fiocruz, entre outras instituições⁴⁷ (Figura 6). Segundo o relatório de viagem de um dos integrantes da missão, as áreas prioritárias de cooperação em saúde demandadas pela África do Sul foram pesquisa e tecnologia em saúde, medicamentos, vacinas e kits diagnósticos, HIV/AIDS, saúde reprodutiva, gestão hospitalar e de recursos humanos. Do lado brasileiro, as quatro áreas de interesse sugeridas foram a experiência brasileira em sistema de saúde universal, promoção do acesso a medicamentos, propriedade intelectual e reforço do complexo industrial da saúde. Além disso, o relatório assinala que a delegação brasileira enfatizou que em

⁴⁷ As outras instituições presentes na Missão Oficial a África do Sul foram: MRE, ABC, EMBRAPA, Ministério dos Esportes, Ministério da Justiça, Ministério do Trabalho e IPEA.

relação ao HIV/AIDS e a tuberculose o foco deveria ser mais a prevenção, a vigilância das doenças e o uso da comunicação e informação em saúde. Ainda, o Ministério da Saúde do Brasil mostrou interesse em partilhar experiência na área de banco de leite humano e informou que tinha realizado contatos com a Associação de Banco de Leite da África do Sul (Fonseca, 2010).

Ainda em maio de 2010, o recém-nomeado Ministro da Saúde da África do Sul, Aaron Motsoaledi, acompanhado do vice-ministro das Finanças e todos os secretários de saúde das províncias sul-africanas visitaram o Brasil sob os auspícios da *Henry Kaiser Family Foundation*. Essa visita teve por foco os temas de atenção à saúde da comunidade a partir do Programa de Saúde da Família, de prevenção de HIV/AIDS e alguns programas de tratamento, assim como o seguro nacional de saúde da África do Sul e o acesso universal a saúde (Fonseca, 2010). Entre as atividades realizadas no Brasil, destaca o Seminário sobre Seguro Nacional de Saúde que contou com a colaboração da Fiocruz, onde foram comparados e discutidos os sistemas de saúde do Brasil e da África do Sul, abordando questões sobre financiamento e atenção primária em saúde (Figura 6). Vários autores fazem referência a essa visita e seu impacto no processo de reformas do Sistema de Saúde sul-africano (Schaay et al., 2011; Thom, 2010; Tomlinson, 2014).

Nas palavras de Tomlinson (2014), “decorrentes da visita ao Brasil, o Ministério da Saúde iniciou uma reengenharia do pacote de cuidados primários de saúde. O objetivo desse processo de reengenharia é trazer prestação de serviços adequados às comunidades carentes e reorganizar a distribuição de recursos para a promoção da saúde e prevenção de doenças” (p. 3, tradução livre).

Vale assinalar que vários dos informantes-chave entrevistados mencionaram as reuniões e atividades bilaterais desenvolvidas entre o Brasil e a África do Sul, uma das falas é bem ilustrativa:

“Com a África do Sul, a gente tinha uma agenda bilateral bastante inativa e o Itamaraty demandou trabalhar porque África era prioridade. Aí fizeram uma reunião da Comissão Mista lá na África do Sul, onde foram trabalhados vários interesses. Eu lembro que eles queriam fazer uma reforma no sistema de saúde e queriam ver a *expertise* do Brasil, principalmente, no que refere ao financiamento do sistema de saúde. Então o Brasil fez um seminário no Rio de Janeiro, com várias apresentações explicando o esquema de responsabilidade compartilhada entre as diferentes esferas de governo” (E3, 2014).

O presidente Luiz Inácio Lula da Silva realizou uma visita oficial a África do Sul em julho de 2010, durante a qual foi assinada a *Declaração sobre o Estabelecimento de uma Parceria Estratégica entre o Brasil e a África do Sul* que inclui como anexo o Plano de Ação, ambos instrumentos vinham sendo discutidos desde 2009. Por meio da Declaração, os Chanceleres de Brasil e África do Sul concordaram no estabelecimento de uma Parceria Estratégica entre as duas nações, que estaria orientada pelo comprometimento com o reforço dos arranjos cooperativos regionais e

Sul-Sul existentes e prospectivos, visando intensificar a cooperação em vários campos, inclusive na saúde. Além disso, os Chanceleres concordaram que a Comissão Mista Brasil-África do Sul seria o instrumento responsável pelo acompanhamento das iniciativas do Plano de Ação da Declaração e que se reuniria pelo menos uma vez a cada dois anos (Declaração de Parceria Estratégica, 2010).

O Plano de Ação da Declaração abrange uma série de áreas⁴⁸ que vinham sendo identificadas nas missões e reuniões realizadas pelos dois países como detentoras de grande potencial para o desenvolvimento da relação bilateral. Em particular, o Plano prevê maior coordenação política, com vistas tanto à geração de benefícios mútuos na cooperação bilateral quanto à obtenção de uma participação mais ativa do Brasil e da África do Sul na governança global (Declaração de Parceria Estratégica, 2010). Na área da saúde, observa-se que o Plano de Ação compilou os assuntos e propostas feitas pelas delegações brasileiras e sul-africanas em reuniões prévias, destacando a ênfase para o tema de sistemas de saúde (dois dos sete aspectos listados), introduzido pelo Brasil (Quadro 5).

Quadro 5. Aspectos prioritários para a Cooperação em Saúde entre Brasil e África do Sul (2010). – Plano de Ação da Parceria Estratégica entre o Brasil e a África do Sul.

1. Cooperar na área de atendimento de saúde primário, incluindo o intercâmbio de experiências sobre o estabelecimento de equipes de saúde da família e sobre o papel dos agentes de saúde da família, com vistas a melhorar o acesso universal aos serviços de saúde.
2. Intercambiar experiências na área de financiamento da saúde e de mecanismos de financiamento da saúde para cobertura universal, em particular o Seguro Nacional de Saúde (NHI) da África do Sul.
3. Compartilhar informações sobre formas de melhorar a organização e governança dos sistemas de saúde.
4. Participar no intercâmbio de conhecimento e na produção e fornecimento conjuntos de produtos farmacêuticos, incluindo vacinas e tecnologia de saúde, para mercados domésticos e de outros países, além de intercambiar experiências quanto à autoridades regulatórias de alimentos e medicamentos.
5. Promover a cooperação na área de doenças transmissíveis, principalmente HIV/AIDS, tuberculose e malária, além de outras doenças tropicais.
6. Colaborar na área de pesquisa e desenvolvimento de sistemas de saúde com o objetivo de melhorar a saúde pública, a eficiência do sistema de saúde e a melhoria dos resultados em saúde.
7. Promover programas para aperfeiçoar o desenvolvimento de recursos humanos, principalmente o treinamento de trabalhadores de saúde de nível médio e de técnicos-especialistas.

Fonte: Plano de Ação da Parceria Estratégica entre a República Federativa do Brasil e a República da África do Sul. 2010. MRE.

⁴⁸ As áreas consideradas para a cooperação bilateral são: 1) Cooperação nos campos político, diplomático e estratégico e de direitos humanos; 2) Governança; 3) Educação; 4) Segurança Pública e Defesa; 5) Economia, Comércio e Turismo; 6) Transporte; 7) Agricultura, Segurança Alimentar e Desenvolvimento Rural; 8) Ciência e Tecnologia; 9) Assentamentos Humanos; 10) Meio Ambiente; 11) Esporte; 12) Juventude, Mulheres e Pessoas com Necessidades Especiais; 13) Cultura; 14) Cooperação Técnica e Desenvolvimento; 15) saúde; 16) Tecnologia da Inovação e da Comunicação; 17) Energia; e 18) Trabalho e Temas Sociais.

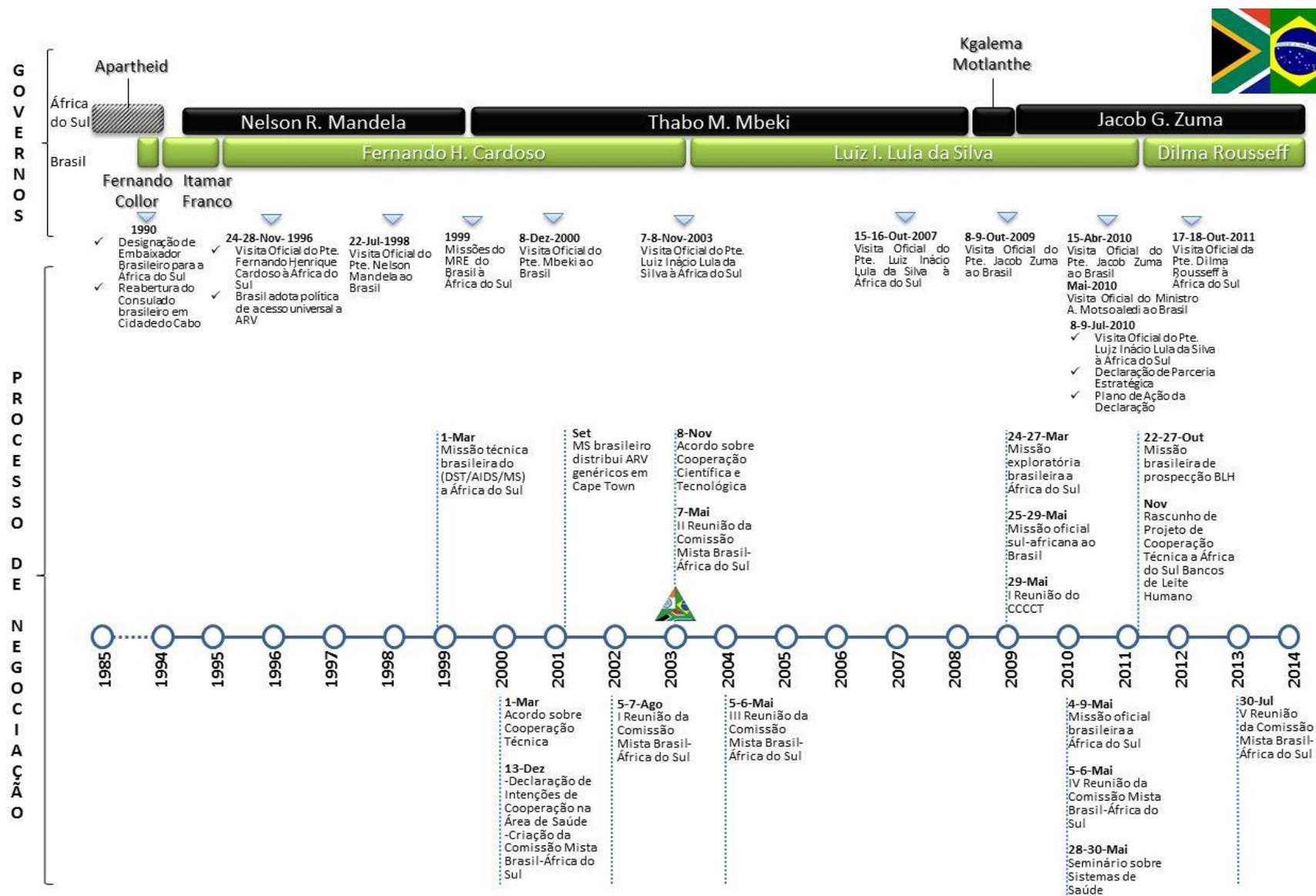
Em outubro de 2011, Brasil realizou uma nova missão de prospecção para a possível implantação de Bancos de Leite Humano (BLH) na África do Sul. Técnicos da Agência Brasileira de Cooperação (ABC/MRE), da AISA/MS e da Fiocruz integraram a missão que visitou várias instalações⁴⁹ nas cidades de Johannesburgo e Pretória na África do Sul e apresentou ao Departamento de Nutrição do Ministério da Saúde e ao Departamento da Cooperação Internacional e da I *Themba Lethu* um esboço do projeto de cooperação para a implantação de um Centro de Referência para BLH seguindo o modelo ibero-americano (iberBLH, 2011; ABC, 2011). Vários dos informantes-chave mencionaram esse projeto:

“[...] os bancos de leite humano foi uma área que teve concretude e que despontou, isso foi em 2011. Houve uma missão bilateral técnica específica de bancos de leite humano que derivou num projeto concreto que, se eu não me engano, mais tarde foi incorporada na cooperação bilateral, mas não no Fórum IBAS” (E2, 2014).

De acordo com o esboço do projeto disponível no portal do Sistema de Gestão de Projetos e Ações de Cooperação Internacional em Saúde (SISCOOP), a instituição executora do lado do Brasil seria a Fiocruz, por meio do Instituto Fernandes Figueira/Centro de Referência Nacional para BLH, e do lado sul-africano o *National Department of Health*. Os principais objetivos do projeto incluíam a troca de conhecimentos no domínio de legislação e diretrizes, a transferência de tecnologia para BLH, o desenvolvimento de um sistema de informação sobre BLH no país e a formação de profissionais de saúde sobre a rotina e atividades diárias dos BLH. O projeto seria desenvolvido em doze meses e implicaria um custo total de US\$ 768.220,00, dos quais o governo brasileiro cobriria US\$ 224.220,00 e o restante ficaria a cargo do governo da África do Sul (ABC, 2011). Segundo informações fornecidas por um técnico da ABC, esse projeto foi discutido na V Reunião da Comissão Mista Brasil-África do Sul (2013) e encontra-se no Ministério da Saúde para aprovação.

⁴⁹ A missão visitou o BHL e a neonatologia do *Park Lane Hospital*, a sede da South African Breastmilk Reserve (SABR), o *Charlotte Maxeke – Johannesburg Academic Hospital* localizados em Johannesburgo e o BLH e neonatologia do *Kalafong Hospital* em Pretória (iberBLH, 2011).

Figura 6. Linha do Tempo do Processo de Negociação da Cooperação Bilateral em Saúde: Brasil-África do Sul



Fonte: Elaboração própria a partir da análise documental.

A COOPERAÇÃO TRILATERAL ENTRE OS PAÍSES-MEMBROS DO FÓRUM IBAS: PROCESSO DE NEGOCIAÇÃO

Em primeiro lugar, é importante assinalar as dificuldades na obtenção de dados e informações sobre este tema no Brasil. O portal oficial do IBAS esteve vários meses em reconstrução, impossibilitando seu acesso. Posteriormente, foi novamente disponibilizado, porém as informações não estão atualizadas. O portal do MRE do Brasil, por sua vez, também se encontra desatualizado e apenas incorpora informações dos eventos realizados até 2011.

De acordo com os dados disponíveis, antecedendo a institucionalização formal do Fórum IBAS, a atuação de Índia, Brasil e África do Sul, primeiro de forma individual e depois coletivamente, nas discussões relativas ao acesso a medicamentos e à epidemia de HIV/AIDS foi crucial para a inclusão de novos padrões de governabilidade mundial no controle da epidemia (Giaccaglia, 2010, p. 287). Esses países enfrentaram batalhas legais contra as empresas farmacêuticas multinacionais e, junto com outros países em desenvolvimento, realizaram esforços que, em alguma medida, contribuíram para a assinatura da *Declaração de Doha* relativa ao Acordo TRIPS⁵⁰ e a Saúde Pública (2001), onde se estabeleceu que os direitos de propriedade intelectual não deveriam se sobrepor às medidas de saúde pública, significando um grande avanço em termos da possibilidade de utilização de licenças compulsórias para a produção de medicamentos em casos de emergência nacional de saúde (Oliveira, 2005; Du Preez, 2007; Giaccaglia, 2010).

Segundo Bueno (2012), também em 2001, Índia, Brasil e África do Sul tiveram um papel protagônico nas discussões da Organização Mundial da Saúde (OMS) que levaram à aprovação da *Resolução sobre HIV/AIDS* e do documento *Aumentando a resposta ao HIV/AIDS*. O primeiro enfatiza o papel da cooperação internacional para o fortalecimento das políticas farmacêuticas, visando a promoção do desenvolvimento das indústrias domésticas; e o segundo estabelece o acesso a medicamentos para pacientes com HIV/AIDS como direito humano fundamental (Bueno, 2012, p. 272).

Desde seu início, o Fórum IBAS tem considerado a saúde como objeto de cooperação entre os países-membros, destacando a troca de experiências de combate a doenças como uma forma proveitosa de cooperação (Declaração de Brasília, 2003). Cabe assinalar que no documento constitutivo do Fórum, a questão da saúde aparece também sob o tema da segurança nacional. As ameaças à saúde pública e particularmente a epidemia de HIV/AIDS são contempladas como parte

⁵⁰ TRIPS: *Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*. Em português: Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual relacionados com o Comércio (ADPIC).

das novas ameaças à segurança, que deveriam ser enfrentadas por meio de cooperação internacional eficaz, articulada e solidária⁵¹ Porém, nos documentos que se sucederam não se observa a explicitação dessa abordagem para a questão do controle da epidemia do HIV/AIDS.

Os documentos mostram que após a assinatura da Declaração de Brasília, a cooperação trilateral em saúde entre os países do IBAS tem sido operacionalizada em ambos os níveis da estrutura de funcionamento do Fórum IBAS, isto é, no nível da Coordenação Política e no nível da Cooperação Setorial, especificamente no GT de Saúde e no GT de Ciência e Tecnologia. É relevante assinalar que boa parte dos principais eventos dessa cooperação estiveram relacionados entre si, embora aqui se apresente separadamente, segundo as instancias da estrutura de funcionamento do Fórum,. A sequencia cronológica do processo de negociação da cooperação trilateral em saúde do Fórum IBAS pode ser visualizada na Figura 7.

A Agenda de Cooperação em Saúde em Nível da Coordenação Política do Fórum IBAS

Quinze documentos, entre Declarações e Comunicados Ministeriais, foram emitidos pelos Chefes de Estado e de Governo e pelos Chanceleres do IBAS, além da Declaração de Brasília. Alguns desses documentos trazem informações relevantes sobre o processo de cooperação trilateral em saúde e os posicionamentos dos Estados-membros do Fórum em questões concernentes a esta área.

A primeira reunião da Comissão Mista Trilateral (COMISTA) aconteceu em março de 2004 e estabeleceu a *Agenda de Cooperação* e o *Plano de Ação do IBAS*, com diretrizes mais detalhadas para as linhas de ação determinadas na Declaração de Brasília, inclusive no que se refere à cooperação setorial em saúde. Ambos os documentos aprovados pelos Chanceleres compilam os produtos dos encontros realizados pelos diferentes Grupos de Trabalho, entre eles o de Saúde, nos oito meses prévios à I COMISTA (Figura 7).

A *Agenda de Cooperação* (2004) é composta por vinte e quatro itens, abordando diversas questões agrupadas em seis grandes temas, entre os quais se destaca o de Desenvolvimento Social,

⁵¹ Esse tipo de tratamento às ameaças à saúde pública como um assunto de segurança está relacionado ao contexto e aos mecanismos de ajuda que começaram a prevalecer a partir dos anos 2000. Segundo Almeida (2011, p. 312), a partir dos ataques terroristas de onze de setembro de 2001 houve mudanças significativas no papel da saúde como parte da política externa de vários países. Essa mudança teria sido ativamente promovida pelos Estados Unidos que incluiu explicitamente a epidemia de HIV/AIDS como uma ameaça à segurança nacional. Em outro trabalho, de 2013, a autora retoma essa discussão, com base em vários outros autores.

que explicita os programas específicos de ação para a cooperação trilateral em vários âmbitos, entre eles Ciência e Tecnologia (C&T) e Saúde⁵².

O *Plano de Ação do Fórum IBAS* (2004) definiu as seguintes áreas para a cooperação trilateral: transporte (aviação civil e navegação), comércio e investimentos, infraestrutura, geração de emprego e microempresas, ciência e tecnologia, sociedade da informação, saúde, energia, defesa e educação. Na questão saúde, o Plano de Ação do Fórum IBAS incorporou as áreas de interesse comum, com potencial cooperativo, que tinham sido definidas pelo GT de Saúde em sua primeira reunião, em fevereiro de 2004: i) direitos de propriedade intelectual e seu impacto no acesso a medicamentos; ii) medicina tradicional; iii) integração entre laboratórios e regulamentação sanitária; iv) levantamento epidemiológico; v) vacinas; e vi) pesquisa e desenvolvimento de produtos do setor farmacêutico.

Além disso, o Plano de Ação do IBAS recompila uma série de decisões aprovadas pelos países-membros durante a primeira reunião do GT de Saúde, onde foram apresentados trabalhos sobre o impacto dos Direitos de Propriedade Intelectual na Saúde Pública:

i. Os estatutos legais nacionais dos três países deviam refletir todas as flexibilidades permitidas pelo Acordo TRIPS da OMC, pela Declaração de Doha sobre o Acordo TRIPS e a Saúde Pública, bem como as futuras decisões sobre o parágrafo 6 da referida declaração⁵³. Além disso, o IBAS concordou em realizar esforços para estimular outros países, particularmente os países menos desenvolvidos e em desenvolvimento, a considerar em a possibilidade de adotar medidas semelhantes, refletindo todas as flexibilidades mencionadas em suas legislações nacionais.

ii. Combater os acordos comerciais bilaterais ou multilaterais, denominados “TRIPS Plus”. Nesse sentido, os três países também deveriam liderar a sensibilização de outros países em desenvolvimento a esse respeito.

⁵² As ideias principais dos cinco temas restantes podem ser sintetizadas a seguir: a) *Multilateralismo e reforma da ONU*: os Chanceleres expressaram que o Conselho de Segurança da ONU não é representativo das realidades atuais, pelo qual é necessário reformá-lo para dar-lhe maior equilíbrio e representatividade; b) *Paz e segurança*: os Ministros ressaltaram o papel do desenvolvimento humano e da luta contra a pobreza como medidas para garantir a paz e estabilidade internacional. Além disso, os Chanceleres acordaram em intensificar a cooperação com a Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA) e outros fóruns, com vistas a assegurar o livre crescimento e desenvolvimento do uso pacífico da energia atômica; c) *Terrorismo*: Os Ministros reafirmaram o seu apoio integral à implementação de medidas de combate ao terrorismo, estabelecidas na Resolução 1373 do Conselho de Segurança da ONU; d) *Globalização*: os Chanceleres acordaram intensificar a cooperação em áreas de interesse mútuo na rodada de negociações comerciais multilaterais; e) *Desenvolvimento sustentável*: os Ministros reiteraram seu compromisso pela implementação efetiva da Convenção sobre Diversidade Biológica e na área cultural exigiram o estabelecimento de um instrumento legal vinculante para a proteção dos direitos de propriedade intelectual conhecimento tradicional e folclore.

⁵³ O parágrafo 6 da Declaração de Doha permite que os países em desenvolvimento produtores de medicamentos genéricos exportem medicamentos para os países menos desenvolvidos em casos de emergências nacionais de saúde.

iii. Tomar todas as medidas, incluindo o intercâmbio de técnicos e esforços de colaboração, para fortalecer as capacidades de produção nacional de produtos farmacêuticos de qualidade, a baixo custo, eficazes e seguros, e possibilitar o acesso da população a esses produtos, quando necessário.

iv. Aproveitar a oportunidade proporcionada pela criação da Comissão OMS sobre Direitos de Propriedade Intelectual, Inovação e Saúde Pública (WHA 56.27) para defender o ponto de vista comum acordado pelos três países. Para esse efeito, o Grupo de Saúde do IBAS identificou pontos focais para preparar um rascunho que seria apresentado à Comissão em meados de julho de 2004.

Também na I COMISTA a Índia apresentou o trabalho sobre Organização e Gestão da Medicina Tradicional, que tinha sido acordado durante a primeira reunião do GT de Saúde. Nesse sentido, foi aprovado que os três países identificariam os pontos focais para trabalhar no tema. Contudo, aparentemente, esse assunto não teve outros desdobramentos no GT de Saúde.

O Plano de Ação do IBAS incorporou as áreas mutuamente acordadas para a cooperação a curto e médio prazo (entre elas a biotecnologia), que são bastante similares às áreas estabelecidas nos Acordos Bilaterais entre o Brasil e os outros dois países, separadamente. Além disso, o Plano explicita os modos de cooperação científica e tecnológica a serem implementados entre os países do Fórum: i) intercâmbios de curto prazo de jovens cientistas; ii) oficinas trilaterais sobre temas de comum acordo; iii) compartilhamento de informações em ciência e tecnologia; iv) formação especializada em áreas fortes em cada país; v) desenvolvimento de uma série de palestras e conferências; e vi) cooperação em desenvolvimento tecnológico e inovação (Plano de Ação IBAS, 2004). Em termos gerais, essas atividades não diferem muito daquelas estabelecidas nos acordos bilaterais analisados anteriormente.

Na segunda reunião da Comissão Trilateral do Fórum, ocorrida em março de 2005, os Ministros de Relações Exteriores reafirmaram os princípios gerais e compromissos assumidos na Agenda de Cooperação e revisaram o trabalho desenvolvido pelos GT's, incorporando duas novas áreas de trabalho: agricultura e cultura. Nessa revisão, os Chanceleres observaram que os Grupos de Trabalho da área de Saúde e de Energia não haviam se reunido novamente e convocaram ambos os GTs a se reunirem em futuro próximo. Além disso, os Chanceleres informaram sobre a reunião de autoridades da área da saúde do IBAS, que aconteceria no mesmo mês (28-29/03/05), no Brasil, com o objetivo de elaborar um Plano de Implementação em Saúde que seria apresentado aos Ministros da Saúde em um encontro programado para maio do mesmo ano, durante a realização da 58ª Assembleia Mundial da Saúde (AMS) (Comunicado Ministerial de Cape Town, 2005). Entretanto,

essa reunião não aconteceu e, em consequência, como será detalhado adiante, outros assuntos foram tratados pelos Ministros da Saúde do IBAS durante esse encontro (Figura 7).

A maior parte dos informantes-chave entrevistados assinalou a existência de ‘hierarquias’ no processo de definição da agenda de cooperação em saúde do IBAS, enfatizando o papel do Ministério das Relações Exteriores brasileiro (MRE) como um ator fundamental para o acionamento e a coordenação dos órgãos envolvidos na cooperação. Nas palavras dos próprios entrevistados:

“Eu acho que o Itamaraty é que coordenava a participação do Brasil no IBAS e coordenava também os outros ministérios envolvidos. Depois do Itamaraty, os temas eram distribuídos para os ministérios competentes, chegando ao Ministério da Saúde e, através deste, chegava à ANVISA. Então a hierarquia do fluxo de comunicação era esse: Itamaraty, MS, ANVISA. A gente pode entender esse fluxo de comunicação como a estrutura de poder que estava posta no IBAS” (E1, 2014).

“Nesse quesito do IBAS o Itamaraty é um ator muito forte, porque dá o norte da política externa e puxa as outras agendas [...] [o MRE] ainda é fundamental para ativar ou deixar morrer os grupos de trabalho” (E3, 2014).

Em referência a essa ‘estrutura hierárquica’, alguns dos informantes-chave também citaram o papel relevante dos presidentes e chefes de Estado dos países-membro na manutenção do dinamismo do Fórum, inclusive para a cooperação em saúde. Além desses atores, a maior parte dos entrevistados destacou a participação de outras instituições da administração pública (outros ministérios, agências e outros órgãos federais) no processo de definição da agenda de cooperação em saúde do IBAS. Um dos entrevistados afirmou que:

“Tanto no Grupo de Ciência e Tecnologia como no de Saúde, os Ministérios mantiveram muita influência sobre a formulação da agenda. Instituições mais técnicas como a Fiocruz, por exemplo, e outros institutos na África do Sul e na Índia também tiveram participação grande” (E2, 2014).

A I Cúpula do Fórum IBAS foi celebrada em setembro de 2006, com a participação do Primeiro-Ministro da Índia, Manmohan Singh, do Presidente do Brasil, Luiz Inácio Lula da Silva, e do Presidente da África do Sul, Thabo Mbeki (Figura 7). A Declaração Conjunta resultante dessa reunião, composta de sessenta e quatro pontos, reiterava o posicionamento dos países do IBAS manifestado na Declaração de Brasília e incorporava novos temas relacionados ao cenário internacional naquele momento. No tema específico da saúde, foi reiterada a necessidade de reduzir as barreiras comerciais a fim de facilitar o acesso a novas vacinas, medicamentos, diagnósticos e tecnologias de qualidade a preços acessíveis, lembrando as flexibilidades contidas no Acordo TRIPS e na Declaração de Doha, que deveriam ser integralmente utilizadas para a proteção da saúde pública (Declaração Conjunta, 2006).

Comprometeram-se ainda a prosseguir com a cooperação trilateral para o combate à epidemia de HIV/AIDS e a explorar a possibilidade de conclusão de um acordo trilateral para colaboração em pesquisa e desenvolvimento de instrumentos de diagnóstico, medicamentos e vacinas para o controle dessa epidemia (Declaração Conjunta, 2006). Cabe assinalar que este tema vinha sendo discutido pelo GT de Ciência e Tecnologia que, até o momento da I Cúpula, já tinha realizado três reuniões: uma específica sobre vacinas para HIV/AIDS; um *workshop* sobre o mesmo tema e um Programa de Trabalho para o período 2005-2007, que explicitava o combate à epidemia de HIV/AIDS como área prioritária para o início da cooperação (Figura 7). A relevância da questão do HIV/AIDS para o Fórum também foi apontada nas entrevistas. Um dos informantes-chave afirmou:

“O tema da agenda que teve mais relevância sobre os outros foi o HIV/AIDS porque na África do Sul, por conta da prevalência da doença, o HIV/AIDS teve um apelo maior do que as outras doenças. Não é que seja mais importante, mas a África do Sul, com um forte contexto de prevalência de AIDS, colocava isso na agenda como grande prioridade e o bloco acabava acompanhando essa demanda” (E2, 2014).

Um ano mais tarde, durante a II Cúpula do IBAS, os Chefes de Estado assinaram o *Memorando de Entendimento em Cooperação na Área da Saúde e Medicina* (outubro de 2007). Esse Memorando, que permaneceria em vigor por um período de cinco anos, definiu dez áreas prioritárias para desenvolver a cooperação: 1) HIV/AIDS, 2) Desenvolvimento de programa de tuberculose (TB), inclusive medicamentos de programas comunitários e coinfeção HIV e TB, 3) Programas de malária, inclusive programas comunitários, diagnósticos, tratamento e controle de vetores, 4) Programas de assistência farmacêutica, inclusive regulamentação e registro de produtos de saúde, 5) Fornecimento de medicamentos, 6) Vacinas, 7) Pesquisa e desenvolvimento em medicina, em consonância com o Programa de Trabalho do IBAS para Ciência e Tecnologia, 8) Medicina tradicional, 9) Direitos de propriedade intelectual, e 10) Vigilância de doenças. Assim, o Memorando compreendia os temas que tinham sido definidos previamente tanto pelo GT de Saúde, quanto pelo GT de Ciência e Tecnologia.

Em síntese, o combate à epidemia de HIV/AIDS foi a única área que teve maior detalhamento no Memorando, com a definição das atividades que conformariam a cooperação (Quadro 6). Embora o Memorando proponha o desenvolvimento de uma estratégia comum para tal, as atividades de cooperação estabelecidas nesse instrumento reiteram a troca de experiências entre as partes (sem maiores mudanças em relação às atividades bilaterais prévias), mas não propõem programas conjuntos de implementação de políticas⁵⁴.

⁵⁴ Segundo o Memorando a cooperação trilateral seria implementada por meio de: a) troca, disseminação e compartilhamento de informação na área de saúde e medicina, inclusive inovações médicas; b) intercâmbio de

Os avanços na agenda de cooperação definida no Memorando foram escassos. De fato, depois de 2008 o GT de Saúde do IBAS não se reuniu mais, implicando na inoperância do instrumento acordado.

Quadro 6. Detalhamento das atividades definidas para a Cooperação em HIV/AIDS no IBAS (2007)

A cooperação entre as Partes será iniciada nas seguintes áreas:

1. HIV/AIDS, o que incluirá:

- a) Esforços para estabelecer uma estratégia comum e desenvolver ações paralelas nos três países, em resposta à epidemia de HIV, de acordo com especificidades nacionais;
- b) Produção de drogas antirretrovirais (ARVs) e de outros medicamentos para o tratamento de AIDS e de infecções oportunistas, para assegurar acesso universal e a preços acessíveis a medicamentos de emergência e de suporte à vida;
- c) Pesquisa, desenvolvimento e produção de vacinas e antimicrobianos, inclusive matérias-primas, em combinação com o programa de trabalho conjunto do IBAS para Ciência e Tecnologia (C&T);
- d) Produção de matérias-primas para a fabricação de testes rápidos, testes de carga viral de CD4 e genotipificação, e
- e) Transferência e compartilhamento de tecnologia em ciências laboratoriais para garantia de qualidade, pesquisa sobre resistência de drogas, confecção de kits de diagnóstico de baixo custo e recursos correlatos.

Fonte: Memorando de Entendimento em Cooperação na Área da Saúde e Medicina entre o Governo da República Federativa do Brasil, o Governo da República da Índia e o Governo da República da África do Sul, 2007. MRE. Sistema de Atos Internacionais.

Na sexta reunião da Comissão Trilateral do Fórum IBAS, acontecida em setembro de 2009, os Ministros de Relações Exteriores alertaram sobre tentativas de desenvolver novas regras internacionais relativas à propriedade intelectual paralelas àquelas acordadas nos fóruns apropriados da OMC e da Organização Mundial de Propriedade Intelectual (OMPI). Além disso, os Chanceleres manifestaram preocupação com os confiscos de medicamentos genéricos, em trânsito pela União Europeia para países em desenvolvimento, sob alegações de possível violação de patentes no país de trânsito. Os Chanceleres compartilharam a ideia de que tais confiscos estavam em contradição com as regras da OMC sobre trânsito de produtos e representavam uma ameaça às políticas sobre acesso a medicamentos dos países em desenvolvimento (Comunicado Ministerial, 2009). Essa mesma preocupação foi reiterada pelos Chefes de Estado na IV Cúpula do IBAS, ocorrida em abril de 2010 (Declaração de Brasília, 2010). Como mencionado anteriormente, Índia e Brasil se articularam e

profissionais de saúde, com a finalidade de compartilhar novas técnicas e tecnologias, inclusive treinamento em programas educacionais, conforme estabelecido pelas Partes; c) programas de cooperação científica, por meio de seminários, oficinas e projetos de cooperação; e d) transferência de tecnologia.

entraram com ações judiciais contra a União Europeia e os Países Baixos sobre a apreensão de medicamentos genéricos em trânsito (Zarocostas, 2010; Securing Industry, 2010, Faria, 2011).

Em outubro de 2009, os países do IBAS realizaram intervenções no Conselho de Direitos Humanos da ONU, nas sessões sobre a situação dos Direitos Humanos na Palestina (março e setembro de 2009; e junho de 2010) e na sessão sobre Direito à Saúde e Acesso a Medicamentos (outubro de 2009) (Assunção, 2013, p. 83-84). Como resultado, esse Conselho aprovou uma proposta do IBAS que reivindicava a definição do acesso a medicamentos como um direito humano fundamental (A/HRC/RES/12/24)⁵⁵. Estes fatos evidenciam a importância da concertação política trilateral do IBAS em fóruns multilaterais onde a questão da saúde, e mais especificamente a de acesso a medicamentos e direitos humanos era negociada.

A Agenda de Cooperação em Saúde em Nível de Cooperação Setorial do Fórum IBAS

O GT de Saúde

Desde sua criação em 2004, o GT de Saúde do IBAS se reuniu apenas em três oportunidades (Figura 7). Na primeira reunião, realizada em Brasília em fevereiro de 2004, o GT identificou seis áreas de interesse comum⁵⁶ que foram inseridas no Plano de Ação do Fórum IBAS apresentado um mês depois. Os informantes-chave entrevistados citaram essas mesmas áreas e coincidiram em afirmar que o GT de Saúde teve por foco as políticas de saúde. Em relação ao objeto da cooperação em saúde do IBAS, cabe assinalar que a maior parte dos informantes-chave apontou que na escolha dos temas que comporiam a agenda os países priorizavam aqueles em que detinham maior *expertise*. Um dos entrevistados afirma que “na hora de definir os itens, os países queriam incluir o que tinham de melhor” (E3, 2014). Na mesma linha, outro informante-chave afirmou que “a gente tentou fugir um pouco do comum, mas os países acabavam trabalhando segundo suas fortalezas, no que elas podiam contribuir” (E2, 2014). Os informantes-chaves também afirmaram que os interesses e temas variavam entre os países. Um exemplo disso pode-se observar na seguinte fala:

“A Índia, com a medicina tradicional, que é um tema tão caro a eles. [entretanto] essa prática indiana não tem para o Brasil a mesma importância, a gente não incorpora essas práticas indianas [no setor público], a gente incorpora apenas algumas práticas da medicina tradicional chinesa. Então, não tinha interesse nenhum [para o Brasil] discutir isso com a Índia” (E1, 2014).

⁵⁵ Resolução disponível em: <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/G09/167/45/PDF/G0916745.pdf?OpenElement>> (Acesso em: 25/05/2014).

⁵⁶ As áreas são: 1) Direitos de propriedade intelectual e acesso a medicamentos; 2) Medicina tradicional; 3) Integração entre laboratórios e regulações sanitárias; 4) Vigilância epidemiológica; 5) Vacinas; 6) Pesquisa e desenvolvimento de produtos farmacêuticos.

Segundo Buss e Ferreira (2009), na primeira reunião do GT de Saúde (2004) a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) foi contatada por instituições da Índia e da África do Sul – respectivamente o Conselho Indiano de Pesquisa Médica (*Indian Council of Medical Research – ICMR*) e o Conselho de Pesquisa Médica da África do Sul (*Medical Research Council – MRC*) – para estabelecer um memorando de entendimento entre as três instituições, com o objetivo de implementar a mesma agenda já aprovada no âmbito dos Ministérios da Saúde do IBAS (Buss e Ferreira, 2009, p. 201-202). Nessa reunião do GT de Saúde também ficou acordado que a Índia prepararia um trabalho sobre organização e gestão de medicamentos tradicionais e que cada país apresentaria um trabalho sobre o impacto dos Direitos de Propriedade Intelectual na Saúde Pública no seu próprio país. Esses trabalhos foram apresentados durante uma oficina que precedeu a primeira COMISTA e os acordos assumidos pelas partes foram incorporados no Plano de Ação do IBAS.

Além disso, foi acordado que em data mutuamente conveniente, após a primeira COMISTA, cada país apresentaria suas próprias avaliações dos pontos fortes e fracos na vigilância de doenças, o que facilitaria o desenvolvimento de estratégias para uma fiscalização eficaz, com ênfase no fortalecimento da rede nacional de laboratórios. Em maio de 2005, paralelamente à 58ª Assembleia Mundial de Saúde, foi realizado um encontro de Ministros da Saúde do Brasil, Índia e África do Sul. Nessa oportunidade, os representantes do Ministério da Saúde do Brasil apresentaram os sistemas brasileiros de vigilância em saúde (controle epidemiológico) e de vigilância sanitária (regulação sanitária) (Fórum IBAS, 2011).

Segundo Buss e Ferreira (2009), dando continuidade ao compromisso assumido, o Ministério da Saúde do Brasil propôs uma visita de técnicos indianos e sul-africanos ao Brasil para conhecer a Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância em Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Assim, em fevereiro de 2006, houve reuniões técnicas com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), a ANVISA, a Fiocruz e o Instituto Adolfo Lutz, quando o governo brasileiro recebeu uma missão de pesquisadores indianos e sul-africanos para a apresentação do funcionamento da Rede Nacional de Laboratórios Clínicos, na área de vigilância epidemiológica, e para o intercâmbio de experiências com a ANVISA, na área de controle de qualidade de medicamentos e produtos para a saúde. Como resultado dessas visitas técnicas foi elaborada uma Proposta de Cooperação para o período 2006-2007, cujas atividades estavam programadas para serem iniciadas após a aprovação dos respectivos Ministros da Saúde, que se reuniram em março de 2006. Contudo,

nesse período o Ministro da Saúde do Brasil foi substituído⁵⁷, o que levou a um período de interrupção do processo de cooperação proposto (Buss e Ferreira, 2009, p. 201-202). Durante o governo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva houve quatro Ministros da Saúde e todas as mudanças de ministros aconteceram entre 2004 e 2007, ou seja, no mesmo período em que se constituiu o GT de Saúde e se definia sua agenda de cooperação. Todos os informantes-chave apontaram as mudanças de Ministro e outros atores como um empecilho no processo de formulação e implementação da agenda cooperação em saúde do IBAS. Um dos depoimentos é bastante ilustrativo:

“Mudou o Ministro, muda os diretores, então tudo isso muda a perspectiva de se olhar a agenda internacional. Isso dá uma quebra no trabalho. Cada vez que muda o ministro e os secretários, a Assessoria Internacional tem um novo *modus operandi* que vai depender muito da orientação que cada Secretário tem para a agenda internacional. Então ao longo desses anos todos, nós passamos por vários períodos. Períodos em que a agenda internacional estava mais fortalecida, em que o ministro dava mais visibilidade [a essa agenda], em que a gente fazia reuniões de Ministros da Saúde. E períodos em que a agenda internacional ficou relegada a um segundo plano” (E3, 2014).

A maior parte dos informantes-chave assinalou que as instituições que participaram no processo de formulação da agenda de cooperação em saúde do IBAS permaneceram as mesmas durante todo o período objeto de estudo (2003 e 2013). Não obstante, os entrevistados enfatizaram que houve mudanças de atores dentro dessas instituições, referindo-se não só ao Ministério da Saúde como também a outros órgãos brasileiros envolvidos na cooperação em saúde (por exemplo, o MRE), e ainda mencionaram contínuas mudanças de interlocutores na Índia e na África do Sul. Queixaram-se das recorrentes falhas na comunicação e dos atrasos, mencionando que isso ocasionava ‘certa paralisia’ no desenvolvimento das atividades. Um dos entrevistados afirmou que “[...] o seminário mudou de data duas vezes porque os indianos não confirmavam e depois disso caiu no esquecimento, ele realmente não foi realizado” (E1, 2014).

Na segunda reunião do GT Saúde, realizada em Nova Deli em 12 de julho de 2007, os países revisaram a Proposta de Cooperação (2006-2007) que tinha sido preparada há mais de um ano. Cada país apresentou seus avanços e futuras ações, segundo previsto no Plano de Ação, da seguinte forma (Fórum IBAS, 2011):

⁵⁷ O Ministro da Saúde durante o período 08/07/2005-31/03/2006, José Saraiva Felipe, foi substituído pelo Dr. Agenor Álvares que ocupou o cargo entre 31/03/2006 e 16/03/2007.

- ✓ *Laboratórios de Saúde Pública*: África do Sul indicou a possibilidade de receber a visita de técnicos brasileiros (SVS/MS, Fiocruz, ANVISA) e indianos (NICD, NIV, CRI) à rede de laboratórios sul-africana, em data a confirmar;
- ✓ *Vigilância em Saúde*: o Brasil informou que realizaria um *workshop* de Sistemas de Vigilância em Saúde no primeiro semestre de 2008, em data e local a confirmar. A Índia informaria, sempre que possível, cursos disponíveis sobre o tópico *Field Epidemiological Training* para a troca de experiências entre os países;
- ✓ *Medicina Tradicional*: a Índia informou que havia realizado o *workshop* em Medicina Tradicional, durante a realização do *International Conclave* (2006), no qual o Brasil não participou;
- ✓ *Regulamentação de Controle Sanitário*: os países acordaram em indicar pontos focais para compartilharem informações sobre o tema.

Foi discutida ainda a minuta do texto de *Memorando de Entendimento para a Cooperação na área de Saúde e Medicina*, que seria assinado no mês de outubro de 2007, durante a II Cúpula de Chefes de Estados, o que de fato ocorreu (Figura 7). Cabe assinalar que os informantes-chave participantes do GT de Saúde coincidiram em afirmar que a Índia considerou como realizado o compromisso de “*workshop* de medicina tradicional”, apesar do Brasil não ter participado oficialmente do mesmo⁵⁸, convergindo com as informações encontradas na análise documental.

Um ano mais tarde, em 29 de julho de 2008, realizou-se em Nova Delhi a primeira Reunião de Ministros da Saúde do IBAS, com a presença do então Ministro do Brasil, José Gomes Temporão, da Ministra da África do Sul, Tshabalala Minsmang, e do Ministro da Índia, Anbumani Ramadoss, conforme previsto na Declaração Conjunta da II Cúpula de Chefes de Estados. Durante essa reunião, os Ministros da Saúde destacaram a relevância dos compromissos estabelecidos no Memorando de Entendimento para a Cooperação na Área de Saúde e Medicina. Também manifestaram o interesse no fortalecimento da cooperação existente entre o ICMR da Índia, o MRC da África do Sul e a Fiocruz do Brasil, instituições que desenvolviam a proposta de cooperação em saúde principalmente no âmbito do GT de Ciência e Tecnologia. A esse respeito, em seu discurso de abertura o Ministro

⁵⁸ A transcrição da fala de dois informantes-chaves que se referiram ao mesmo assunto e expressiva: “A Índia, por sua vez, ia fazer o *workshop* de medicina tradicional e ia convidar os países. Nunca chegou nenhum convite e, de repente, faltando dois dias, chega um convite da Índia, avisando que eles iam fazer um evento na área de medicina tradicional, mas não no âmbito do IBAS, e que eles estavam convidando o Brasil e a África do Sul a participarem, e a gente falou “impossível, dois dias de antecedência”. A gente não foi e eu lembro que, na época, a Índia considerou o compromisso como realizado” (E3, 2014). “Eu me lembro que havia três eventos que a gente devia cumprir. Um deles a Índia considerou cumprido porque um representante brasileiro, que não foi indicado como representante no Fórum IBAS, participou da reunião que aconteceu em Nova Deli, então formalmente [a Índia considerou] que aquele compromisso tinha sido cumprido, morreu ali” (E2, 2014).

Temporão ressaltou a relevância da coordenação e convergência das atividades de cooperação em saúde entre os dois GTs Saúde e Ciência e Tecnologia:

“É imperativo que essas iniciativas se desenvolvam de modo convergente, de maneira a evitar qualquer duplicidade de esforços e garantir o devido apoio ao avanço da colaboração trilateral nessas áreas” (Temporão J, 2008).

Cabe assinalar que, no Brasil encontrou-se apenas um documento que se refere a uma única reunião de articulação entre o GT de Saúde e o de Ciência e Tecnologia, realizada pelo Ministério de Relações Exteriores em junho de 2009, isto é, cinco anos após a criação de ambos os GTs. Segundo esse documento, o Ministério da Saúde estaria preocupado com o andamento das atividades voltadas para a saúde desenvolvidas pelo GT de Ciência e Tecnologia, sobre as quais não teria informações⁵⁹ (*Aide Memoire*, 2009, p.1). A maior parte dos informantes-chave fez referência a essa reunião, apontando a necessidade de articulação entre ambos os GTs. Um dos informantes-chave afirmou que “havia muito pouca interação entre os GTs [...] muito pouca articulação entre os grupos. [...] que eu me lembre, só teve uma reunião com o Ministério de Ciência e Tecnologia, em junho 2009, com representantes do MCT e do MS” (E5, 2014). Outro entrevistado explicitou que os membros do GT de Saúde pediram ajuda do Itamaraty, tiveram uma reunião com o MCT e o Itamaraty, para explicar que isso fragilizava as discussões no campo da saúde porque era “como se a saúde estivesse dividida” (E3, 2014).

No encontro de Ministros da Saúde de 2008, a África do Sul propôs a inclusão do tema da capacitação em saúde (intercâmbio de profissionais, programas conjuntos, *workshops* etc.) como item da agenda da próxima Reunião de Ministros da Saúde do IBAS. Além disso, sugeriu que fosse realizada uma reunião para discutir os avanços dos três países em relação aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que seria realizada na África do Sul, em janeiro de 2009. Contudo, não houve mais nenhuma reunião dos Ministros da Saúde do IBAS e tampouco foi realizado o encontro sobre os avanços nos ODM.

Segundo o relatório da reunião de 2008, seria criado um Grupo de Trabalho Conjunto sobre Produtos Farmacêuticos, composto por representantes da indústria e do governo, para discutir temas relativos à propriedade intelectual e contrafação de medicamentos. Além disso, os Ministros da

⁵⁹ Segundo o documento, “a Fiocruz deve fornecer as seguintes informações ao MRE (Divisão do Fórum de Diálogo Índia, Brasil e África do Sul - DIBAS), MS e MCT: 1) Mapeamento atualizado do que foi desenvolvido nos temas malária, tuberculose e HIV/AIDS no âmbito do GT de Ciência e Tecnologia; 2) Se houve utilização e em que teriam sido aplicados recursos do Comitê Gestor do Programa de Apoio à Cooperação Científica e Tecnológica Trilateral entre Índia, Brasil e África do Sul, cuja agência implementadora é o CNPq; 3) Desdobramentos do Memorando de Entendimentos firmado, em 2004, no âmbito do GT de Saúde, entre a Fiocruz, o Conselho Indiano de Pesquisa Médica (ICMR) e o Conselho de Pesquisa Médica da África do Sul (MCR).” (*Aide Memoire*, 2009, p.2)

Saúde revisaram o progresso sobre o Plano de Ação adotado pelo GT de Saúde em sua segunda reunião, em julho de 2007. As seguintes decisões foram então tomadas, na perspectiva de fortalecer a cooperação trilateral (*Summary Record*, 2008):

- ✓ Brasil indicaria, assim que possível, as datas de realização do *workshop* sobre Sistemas de Vigilância em Saúde, no qual participariam representantes da Índia e da África do Sul.
- ✓ África do Sul facilitaria a visita das equipes do Brasil e da Índia para conhecer os Laboratórios de Saúde Pública daquele país. A visita seria agendada em janeiro de 2009.
- ✓ Índia realizaria um *workshop* sobre a Medicina Tradicional Indiana (especialmente Ayurveda e Yoga) no período 1 a 2 de novembro de 2008, no qual participariam representantes do Brasil e da África do Sul.
- ✓ Foi acordado o estabelecimento de um mecanismo de interação contínua e periódica entre os países-membros do IBAS para tentar desenvolver uma abordagem comum no âmbito da Estratégia Global e do Plano de Ação em Propriedade Intelectual, Inovação e Saúde Pública (*Global Strategy and Plan of Action on Public Health, Innovation and Intellectual Property - GSPA-PHI*).

Todos os informantes-chave que participaram do GT de Saúde asseveraram que as reuniões pautadas como parte das atividades da agenda de cooperação não foram realizadas. Um dos entrevistados disse:

“[...] tentamos, por vários anos, resgatar uma agenda da saúde, que era uma agenda de implementação muito simples, que foi repetidamente cancelada e que nunca se cumpria” (E2, 2014).

Dois meses depois, em 30 de setembro de 2008, foi realizada a última reunião do GT de Saúde de que se tem registro (Figura 7). Durante essa reunião foram apresentados aspectos dos sistemas nacionais de Vigilância Sanitária e destacadas as peculiaridades da transição epidemiológica dos países-membros do IBAS. Os meios para a notificação de agravos e monitoramento de respostas (Disque Notifica; E-notifica; Monitor CIEVS⁶⁰; Fórum CIEVS; SINAN Surtos; entre outros) foram objeto de interesse da Índia e da África do Sul. Nesse contexto, o Ministério da Saúde do Brasil convidou os dois países para conhecer o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) por ocasião do *workshop* sobre vigilância em saúde, visita que seria organizada pelo Brasil em data a ser anunciada, conforme o compromisso assumido durante a I Reunião de Ministros da Saúde (Fórum IBAS, 2011).

⁶⁰ CIEVS: Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde.

Também nessa mesma reunião, após uma apresentação da delegação indiana sobre processos de registro e de regulação de medicamentos, os países-membro mostraram interesse em desenvolver projetos de cooperação nesse assunto. Por sugestão da representação brasileira, retomou-se o debate sobre a contrafação de medicamentos, que teve início na I Reunião de Ministros da Saúde do IBAS. O representante da ANVISA realizou apresentação elucidativa sobre a visão brasileira a respeito do tema, e discutiu-se o potencial de parceria entre os três países, tendo em conta que os representantes indianos e sul-africanos pretendiam conhecer melhor os mecanismos brasileiros para o combate à contrafação, em especial o Programa Nacional de Verificação da Qualidade de Medicamentos (PROVEME) (Fórum IBAS, 2011).

Contudo, não foi encontrado, no Brasil, nenhum registro de que os compromissos assumidos na Reunião de Ministros da Saúde e reiterados na terceira reunião do GT de Saúde tenham sido concretizados. De fato, não há informações sobre a realização de mais reuniões do GT nem dos Ministros de Saúde do Fórum IBAS, sugerindo possível paralização das atividades de cooperação em saúde do IBAS depois de 2008 (Figura 7). Além disso, os informantes-chave que participaram do GT de Saúde asseveraram que o GT de Saúde não teve nenhum tipo de financiamento para o desenvolvimento das atividades previstas na agenda de cooperação.

O GT de Ciência e Tecnologia

A I Reunião Ministerial de Ciência e Tecnologia (C&T) do IBAS, realizada em outubro de 2004, identificou as áreas prioritárias de cooperação em C&T⁶¹, entre as quais estava a biotecnologia. No âmbito dessas áreas, a cooperação seria iniciada em questões relativas ao controle da epidemia de HIV/AIDS, da tuberculose e da malária; à biotecnologia na saúde e na agricultura; à nanociências e nanotecnologia; e às ciências oceanográficas. Esses temas foram confirmados pelos informantes-chave entrevistados, que indicaram que o GT de Ciência e Tecnologia concentrou-se na pesquisa e desenvolvimento, conferindo destaque à cooperação em Ciência e Tecnologia em saúde (MCT, 2005; Mallmann, 2009).

Desde sua criação, em 2004, o GT de Ciência e Tecnologia do IBAS reuniu-se em nove oportunidades, porém poucas reuniões geraram ata ou algum documento final que permita constatar os acordos alcançados. A primeira reunião do GT de Ciência e Tecnologia foi preparatória para a II COMISTA (Figura 7). Naquela ocasião, cada país-membro ficou responsável por conduzir os trabalhos em duas áreas temáticas: Índia em HIV/AIDS, Nanociências e tecnologia; África do Sul

⁶¹ As áreas prioritárias de cooperação em C&T do IBAS eram: biotecnologia (incluindo biotecnologia agrícola e bioinformática); energias alternativas e renováveis; astronomia e astrofísica; meteorologia e mudanças climáticas; oceanografia, ciências da pesca e pesquisa antártica; conhecimentos tradicionais; e tecnologias da informação.

em Tuberculose, Biotecnologia em Saúde e Agricultura; e Brasil em Malária e Ciências Oceanográficas. Segundo Buss e Ferreira (2009), “especificamente para os temas de HIV/AIDS, tuberculose e malária o Ministério de Ciência e Tecnologia do Brasil contactou a Fiocruz, que designou pesquisadores de seu quadro para acompanharem os trabalhos das três áreas temáticas” (p. 206). Nessa mesma linha, um dos informantes-chave mencionou que:

“[...] o Ministro [de Ciência e Tecnologia] falou com o Presidente da Fundação [Oswaldo Cruz] sobre o interesse de trabalhar três áreas: malária, tuberculose e HIV/AIDS. Esses três temas, teoricamente da área da saúde, entraram e foram incorporados na agenda de Ciência e Tecnologia, mas o Ministério da Saúde nunca ficou sabendo [...] o MCTI continua conduzindo esses temas e a gente continua sem ser convidado, às vezes até chamam ou mandam uma ata, mas o pessoal do Ministério da Saúde não é incorporado nessas discussões, quem participa é a Fiocruz, independentemente” (E3, 2014).

Vários dos informantes-chave que participaram dos Grupos de Trabalho de Saúde e de Ciência e Tecnologia do IBAS colocaram que, embora as instituições que compunham os GTs fossem diferentes, nos temas de saúde os interlocutores na Índia e na África do Sul eram praticamente os mesmos, permitindo que estes acompanhassem as discussões de ambas as agendas dos dois GTs. Porém, no Brasil os representantes nos dois GTs eram distintos. Nas palavras de um dos entrevistados:

“[...] o interlocutor, em especial no Brasil não era o mesmo. Como eu coloquei nas áreas de saúde do GT de Ciência e Tecnologia o interlocutor era a Fiocruz, não era o Ministério da Saúde. E no GT de Saúde era o Ministério da Saúde, só que na África do Sul e na Índia permaneceram os mesmos interlocutores” (E2, 2014).

Assim, as diferentes fontes consultadas indicam que, no Brasil, a área da saúde do GT de Ciência e Tecnologia incorporou à Fiocruz como órgão interlocutor, mas não incorporou ao Ministério da Saúde, apesar de que existe um Departamento de Ciência e Tecnologia (DCT/MS) subordinado à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS). Cabe assinalar ainda que a falta de interação, comunicação e coordenação entre os órgãos envolvidos com a cooperação em saúde do IBAS no Brasil foram frequentemente mencionadas por todos os informantes-chave. Um dos depoimentos é bastante ilustrativo:

“Dentro da iniciativa IBAS, teve uma única componente que se chamou de Ciência e Tecnologia, não tinha nenhuma componente de saúde, só existia C&T. Quer dizer, existiam outras, mas foi dentro de ciência e tecnologia que nós entramos. De saúde, não sei quem é que estava envolvido nisso não. Eu que estava mais ou menos ligado ao tema, nunca fiz parte de nenhum ‘núcleo do IBAS’ do Ministério, nunca me chamaram do Ministério da Saúde para discutir IBAS” (E4, 2014).

Em síntese, os dados levantados nesta pesquisa sugerem que, no Brasil, o GT de Saúde e o GT de Ciência e Tecnologia trabalhavam a agenda de cooperação em saúde de forma separada e sem articulação.

Em junho de 2005, o GT de Ciência e Tecnologia se reuniu para elaborar a *Declaração do Rio sobre Ciência e Tecnologia do IBAS*, bem como o *Programa de Trabalho 2005-2007*. Nessa mesma ocasião, os Ministros de Ciência e Tecnologia do Fórum, reunidos por segunda vez (Figura 7), assinaram a Declaração que reconhecia a importância da Ciência e Tecnologia para o desenvolvimento dos países-membros, a erradicação da pobreza, a promoção da inclusão social e a melhoria da qualidade de vida (Declaração do Rio sobre Ciência e Tecnologia do IBAS, 2005).

O Programa de Trabalho, anexo à Declaração, ratificou como áreas prioritárias de pesquisa e desenvolvimento em saúde HIV/AIDS, tuberculose e malária. O Programa deveria: a) favorecer ações ancoradas em centros de excelência; b) apoiar a mobilidade associada à estruturação de projetos conjuntos de pesquisa, de interesse dos três países; c) encorajar parcerias público-privadas entre os países do IBAS com vistas a promover a aplicação comercial dos resultados dos projetos tecnológicos trilaterais; d) compartilhar informações sobre melhores práticas em matéria de transferência tecnológica, respeitando as legislações de cada país; e e) engajar-se em questões de Direitos de Propriedade Intelectual, com especial relevância na proteção da biodiversidade e do conhecimento tradicional (Programa IBAS, 2005).

As modalidades de cooperação em ciência e tecnologia apoiadas pelo Programa seriam: a) intercâmbio de curto prazo para especialistas visitantes; b) intercâmbio de informações em ciência e tecnologia; c) realização de eventos trilaterais sobre temas de interesse comum (seminários, *workshops*, palestras, “*Technology Days*” etc.); d) desenvolvimento de redes de instituições de pesquisas, desenvolvimento e inovação; e) apoio a projetos conjuntos de pesquisa e desenvolvimento (Programa IBAS, 2005).

Além disso, o Programa estabelecia uma estrutura gerencial composta por: a) Comitê Gestor do Programa IBAS, que supervisionaria e coordenaria o programa; b) Coordenadores de Área Temática, que elaborariam planos de trabalhos específicos para cada tema; e c) Agência de Implementação e Apoio que, entre outras competências, apoiaria as atividades de avaliação e acompanhamento; repassaria os recursos e viabilizaria os projetos aprovados pelo Comitê Gestor; assistiria às instituições executoras para elaboração de propostas e implementação dos projetos; submeteria ao Comitê Gestor propostas de termos de referência para os variados formatos de

chamada de projetos, em articulação com outras instituições nacionais de C&T e organismos internacionais (Programa IBAS, 2005).

Segundo a Portaria do (MCT nº 481, de 15/07/2005), no Brasil o Comitê Gestor estaria constituído por representantes da Assessoria de Assuntos Internacionais do MCT; da Assessoria de Cooperação Internacional do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); do MRE e pelos Coordenadores de áreas temáticas. A Agência de Implementação e Apoio seria o CNPq (Programa IBAS, 2005).

Para dar continuidade ao Programa de Trabalho, foram realizados vários eventos científicos e *workshops* temáticos, como mostra a Tabela 2 (Figura 7).

Tabela 2. *Workshops* Temáticos na Área da Saúde

Data	Cidade, País	Atividade
Maio 2005	New Delhi, Índia	Reunião preparatória sobre vacinas para HIV/AIDS
Setembro 2005	Pretória, África do Sul	<i>Workshop “Malaria Initiative for Africa”</i>
Outubro 2005	Cape Town, África do Sul	<i>“HIV Vaccine Workshop”</i>
Março 2006	Teresina, Brasil	IBAS <i>Workshop</i> de Malária
Novembro 2006	Cape Town, África do Sul	Pesquisa em Tuberculose

Fonte: Elaboração própria a partir de informações do portal do Ministério de Ciência e Tecnologia do Brasil (MCT) <www.mct.gov.br> e de Buss e Ferreira, 2009.

As entrevistas com informantes-chave indicaram que os participantes dos encontros técnico-científicos eram acadêmicos, especialistas, técnicos, consultores e gestores governamentais da Índia, do Brasil e da África do Sul, que provinham de diferentes instituições em seus respectivos países, mas que compartilhavam a característica de serem especialistas em questões da área específica trabalhada no *workshop* respectivo. Além disso, as fontes analisadas convergem que os diferentes *workshops* realizados pelo GT de Ciência e Tecnologia na área da saúde forneceram um espaço para a troca de informações entre os três países nas questões específicas abordadas, incluindo discussões sobre possíveis atividades conjuntas em áreas de interesse para a cooperação. Um dos informantes-chave assinalou:

“[No GT de C&T] juntavam-se técnicos, gestores e especialistas da área do Brasil, Índia e África do Sul, reuniam-se esses especialistas (em *workshops*) em torno de uma agenda comum. Tivemos pelo menos um *workshop* por área [seis ao todo], e eram reuniões extensas, densas e com agendas concretas, que geraram algum produto. [...] acho que isso não aconteceu no caso [do GT] da saúde” (E2, 2014).

A seguir apresentaremos alguns desses resultados nas áreas específicas.

HIV/AIDS

Segundo Buss e Ferreira (2009), a reunião preparatória sobre vacinas para HIV/AIDS, realizada em maio de 2005, teve por finalidade elaborar uma revisão geral da situação e dos desafios a serem enfrentados pelo IBAS e definiu os seguintes objetivos da reunião definitiva, que aconteceria na Cidade do Cabo, na África do Sul: a) intercâmbio de informações sobre pesquisa, avaliação da produção e distribuição de vacina contra AIDS; b) compartilhamento de melhores práticas na preparação comunitária para esta iniciativa; c) estabelecimento de consenso sobre as estratégias para intensificar o compromisso político e expandir os esforços em relação à pesquisada vacina contra a AIDS em nível internacional; d) desenvolvimento de atividades conjuntas em áreas substantivas de colaboração (incluindo reforço regulatório, melhor recrutamento para ensaios clínicos e melhores incentivos para companhias nacionais de biotecnologia).

Depois da reunião preparatória foi realizado o ‘*IBSA HIV Vaccine Workshop*’, na cidade de Cape Town, em outubro de 2005. Segundo os documentos recompilados (*IBSA Workshop Report*, 2005; MCT, s.d.; Relatório de Viagens, 2005) os participantes, ao redor de 40, provinham dos três países-membros e incluíam especialistas que trabalhavam nas áreas de pesquisa e desenvolvimento, ensaios clínicos, transferência de tecnologia, preparação de vacina e advocacia política. Também participaram do seminário representantes do *International AIDS Vaccine Initiative* (IAVI). Nesse *workshop* os líderes das delegações de cada país apresentaram os diferentes contextos nacionais para o desenvolvimento de vacinas, fazendo referência ao apoio político e da sociedade civil em seus respectivos países, bem como a questões vinculadas à viabilidade técnica e restrições orçamentárias para o desenvolvimento das atividades⁶² (*Workshop Report*, 2005). Os participantes da oficina trabalharam em quatro grupos:

- a) Pesquisa e Desenvolvimento: centrou suas discussões sobre o estado atual da produção, o desenvolvimento pré-clínico e as possibilidades de construção de novas vacinas; os desafios potenciais e as deficiências existentes na produção; colaboração nos esforços para enfrentar os importantes desafios científicos do desenvolvimento de vacinas.

⁶² Por exemplo, o representante da representação da África do Sul, Shaidah Asmall, indicou que o *South African AIDS Vaccine Initiative* (SAAVI) recebeu financiamento do governo e contava com o apoio de lideranças políticas, bem como da sociedade civil dentro do país. No caso do Brasil, Cristina Possas, que representava o país, afirmou que “a sociedade civil exerce constantemente pressão sobre o governo para que a vacina seja produzida. O desenvolvimento de uma vacina também conta com o apoio de organizações não governamentais”. E os representantes da delegação indiana apontaram que “existe forte reconhecimento da importância do desenvolvimento de uma vacina e há um apoio político significativo para este processo. Contudo, a alocação de recursos financeiros para o desenvolvimento da vacina não corresponde com o apoio aparente para o processo” (*Workshop Report*, 2005, p. 5; p. 6; p. 7 - tradução livre).

- b) Ensaios Clínicos: discutiu as questões éticas e de segurança na realização de ensaios clínicos, protocolos; autorizações regulamentares; estudos de viabilidade e preparação dos locais para testes de eficácia.
- c) Transferência de Tecnologia: o foco deste grupo esteve nas questões-chave na transferência de tecnologia em cooperação, bem como na criação de um quadro regulamentar de apoio a esses processos nos países do Fórum.
- d) Preparação de Vacinas: as discussões trataram de questões relativas à advocacia, engajamento e envolvimento da sociedade civil, mobilização e educação da comunidade, infraestrutura dos cuidados de saúde, gênero, tratamento e questões de cuidados que ajudam na criação de um ambiente propício para o desenvolvimento de uma vacina (*IBSA Workshop Report*, 2005, p. 9).

Segundo o relatório do seminário, nesses subgrupos os especialistas apresentaram a situação de seu respectivo país na sua área de especialização. Posteriormente, cada grupo realizou um processo de discussão e *brainstorming* e foram sistematizados os pontos fortes e fracos específicos de cada país na área em questão. Finalmente, a partir dessa troca de informações, os especialistas identificaram os assuntos de interesse para a cooperação e formularam mais de trinta recomendações de curto (1-2 anos) e médio prazo (3-5 anos), que abordavam assuntos diversos para futuras ações dentro de suas áreas de discussão. As três grandes áreas programáticas definidas como foco da futura cooperação em Ciência e Tecnologia no IBAS foram: a) fabricação da vacina contra a AIDS; b) projeto de pesquisa conjunta sobre a vacina; e c) desenvolvimento de uma visão compartilhada sobre o tema.

Buss e Ferreira (2009, p. 209) destacam ainda, entre as conclusões do *workshop*, a questão da propriedade intelectual e a proposta de criação de um Escritório Central do IBAS para controlar o processo que, até o momento, não foi implementada. Além disso, os autores afirmam que a impressão geral foi de que predominou o objetivo de alavancar o desenvolvimento tecnológico e a produção de vacinas na África do Sul, com a ajuda da Índia e do Brasil, visando atender, de início, o mercado africano como um todo. Embora o assunto específico da pesquisa e desenvolvimento de vacinas contra o HIV/AIDS tenha sido incorporado no Memorando de Entendimento da Área da Saúde do IBAS, não encontramos registro no Brasil da realização de reuniões que dessem continuidade ao processo iniciado nesse seminário.

Malária

O subgrupo do GT de Ciência e Tecnologia designado para o seminário “*Malaria Initiative for Africa*” reuniu-se em Pretória, em setembro de 2005, com o fim de aproximar pesquisadores da área de descoberta e desenvolvimento de novas drogas antimaláricas (nas quais, aparentemente, os grupos sul-africanos acumulavam maior experiência) e de novos inseticidas para controle do vetor da malária, além de explorar novos meios diagnósticos para a doença em seres humanos e infecção nos mosquitos vetores, assim como o desenvolvimento da epidemiologia molecular do parasita (Buss e Ferreira, 2009) (Figura 7).

Durante o *workshop* foram sugeridas três atividades conjuntas: a) criação de portal IBAS na Internet, com *links* de instituições de pesquisa e divulgação de eventos de interesse; b) realização de uma segunda reunião, no Brasil, simultaneamente à realização do Congresso Brasileiro de Medicina Tropical, em março de 2006; c) elaboração de um artigo (de autoria conjunta), divulgando o IBAS em periódicos científicos dos três países e estabelecendo prioridades de cooperação (MCT, s/d).

Dando continuidade às sugestões derivadas desse primeiro *workshop*, o subgrupo sobre Malária se reuniu novamente em Teresina, Brasil, em 7-8 de março de 2006 (Figura 7). Nessa ocasião, apesar da ausência da delegação indiana, o Brasil apresentou um documento de síntese dos Grupos de Pesquisa da Malária no Brasil, a partir do qual foi proposta a elaboração de um relatório da situação brasileira nessa área, que foi produzido e publicado pela Fiocruz (Buss e Ferreira, 2009; MCT, 2006).

Por outro lado, foi reconhecida a necessidade de institucionalizar um mecanismo para a aprovação de projetos conjuntos e para o apoio financeiro ao GT. Com base nos subsídios médios de pesquisa outorgados pela OMS (de US\$35.000,00 por ano), o GT recomendou como realista a alocação de US\$100.000,00 por ano, em 3 anos consecutivos, por país e por área de pesquisa em saúde (MCT, 2006).

Além disso, foi recomendado o anúncio, em cada país, de uma Solicitação de Propostas e que os cientistas fossem encorajados a usar o banco de dados de pesquisadores da área para encontrar parceiros relevantes, em cada um dos três países, para o desenvolvimento de projetos colaborativos que seriam avaliados e financiados pelo GT. O foco desses projetos seria específico, em áreas que foram definidas durante o *workshop* (MCT, 2006).

A capacitação foi considerada pelo GT como a estratégia subjacente que impulsionaria o processo de cooperação do Fórum IBAS. Nesse contexto, foi definido um conjunto de iniciativas que deveriam ser desenvolvidas na cooperação trilateral para pesquisa sobre malária:

1. Simpósios Anuais do IBAS sobre Malária, com sede rotatória entre os países do Fórum. O primeiro Simpósio seria na África do Sul em Setembro de 2006.
2. *Workshop* “Cultura *in vitro* e transfecção”, proposto para ser realizado no Brasil (data provisória abril 2007).
3. *Workshop* “Abordagens computacionais para a descoberta de medicamentos para a malária”; proposto para ser realizado em África do Sul, em setembro de 2007 (ligado à reunião SAMI).
4. *Workshop* de “Treinamento anual para estudantes de malária de doutorado”, o primeiro *workshop* seria no Brasil e depois a sede rotaria entre os países-membros (MCT, 2006).

Não obstante, apesar do entusiasmo inicial aparentemente não houve continuidade nessas ações e nenhuma das iniciativas listadas se concretizou.

Tuberculose

O subgrupo sobre Tuberculose reuniu-se na Cidade do Cabo em novembro de 2006 (Figura 7), com o objetivo de trocar informações sobre pesquisas e o desenvolvimento de Boas Práticas Clínicas e de Laboratório, assim como sobre a possibilidade de promover atividades conjuntas em áreas de interesse (incluindo sistemas de saúde, pesquisa operacional e incentivo às indústrias nacionais de biotecnologia). Segundo um dos relatórios do evento (*Report of participation*, 2006) os 26 participantes provinham dos três países-membros⁶³ e incluíam especialistas, pesquisadores e acadêmicos de distintas instituições.

Os participantes da oficina se dividiram em dois grupos: um concentrou suas discussões sobre as pesquisas básicas aplicadas e testes diagnósticos; o outro discutiu estudos operacionais e sistemas de informação. No primeiro tema, o grupo propôs: a) desenvolvimento de estudos de diversidade molecular e detecção de TB drogas sensível (DS-TB) e TB droga-resistente (DR-TB), incluindo novos métodos e técnicas para observação dos diferentes genótipos de tuberculoses, detecção de MDR-TB; b) desenvolvimento de arquivo de dados comuns; e c) desenvolvimento de técnicas moleculares em comum. Sobre estudos operacionais e sistemas de informação, a proposta tratou da avaliação de novos métodos diagnósticos (moleculares e imunológicos), sugerindo-se a criação de um banco de amostras clínicas para agilizar estudos interativos nas diferentes áreas, e recomendando-se que a avaliação diagnóstica fosse coordenada por um comitê de especialistas, com representantes governamentais e das instituições de pesquisa, indústria e sociedade civil organizada. Foi sugerida a realização de uma nova reunião, logo que o referido mapeamento estivesse pronto, prevista para o final do ano de 2007. Também foram definidos novos temas para a realização de *workshops* que foram considerados prioritários pelos três países (*Report of participation*, 2006;

⁶³ Segundo o anexo do relatório, 18 participantes eram da África do Sul, 4 do Brasil e 4 da Índia (*Report of participation*, 2006).

Sumário do Encontro, 2006; Buss e Ferreira, 2009). No entanto, também neste caso não se encontrou, no Brasil, documentos sobre novas reuniões ou seminários que dessem continuidade a essas atividades iniciadas em 2006.

Para o financiamento da cooperação trilateral do IBAS, durante a III Reunião Ministerial de Ciência e Tecnologia, realizada no Rio de Janeiro em 3 de setembro de 2006, os três países concordaram em criar um “fundo comum inicial” (*seed-fund*) com contribuições de US\$ 1 milhão anual de cada país, para apoiar projetos conjuntos de pesquisa e desenvolvimento tecnológico com potencial de aplicação industrial, que seria coordenado pelo GT de Ciência e Tecnologia (MCT, 2011, p. 4). Esse compromisso de alocação de recursos foi reafirmado em várias oportunidades, inclusive na Declaração Ministerial Trilateral em Ciência e Tecnologia, resultante da IV Reunião Ministerial do IBAS, realizada em Nova Deli em 14 de outubro de 2008. Nessa declaração reitera-se a decisão de destinar US\$ 1 milhão ao ano, por país, para o lançamento de editais simultâneos voltados para projetos de pesquisa e desenvolvimento trilaterais nas áreas reconhecidas como prioritárias e com potencial de aplicabilidade industrial (MCT, 2011, p. 6) (Figura 7).

Por outro lado, em 1^o de setembro de 2008 o Brasil criou o Conselho Científico Coordenador (CCC-IBAS) do Programa de Apoio à Cooperação Científica e Tecnológica Trilateral entre Índia, Brasil e África do Sul (Programa IBAS — *Portaria do MCT N°623*) com a missão de: i) promover o intercâmbio de ideias sobre problemas científicos e tecnológicos de interesse comum, bem como ações nos campos da ciência, da tecnologia e da inovação; ii) avaliar o desenvolvimento e a execução do Programa IBAS; e iii) submeter ao MCT suas conclusões, propostas e recomendações. O Presidente do CCC-IBAS seria o Presidente da Academia Brasileira de Ciências, naquele então Jacob Palis Jr. Os membros do CCC-IBAS eram funcionários e acadêmicos de alto nível⁶⁴ (MCT, 2011, p.5).

Um mês depois, em 8 de outubro de 2008, ocorreu a I Reunião do CCC-IBAS em Brasília (Figura 7). Após considerações dos membros do Conselho sobre a alocação de US\$ 1 milhão anual pelo Brasil para o Programa IBAS, o Presidente Jacob Palis propôs duas ações de curto prazo: i) promover o levantamento das ações bi e trilaterais em curso; e ii) sugerir a criação de Conselhos

⁶⁴ Os membros designados para constituir o CCC-IBAS foram: Marco Antonio Zago (Presidente do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico); Luis Manuel Rebelo Fernandes (Presidente da Financiadora de Estudos e Projetos); Jorge Almeida Guimarães (Presidente da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério de Educação); José Galizia Tundisi (Pesquisador da Universidade Federal de São Carlos); Hadil Fontes da Rocha Vianna (Diretor do Departamento de Temas Científicos e Tecnológicos do MRE); Reinaldo Felipe Nery Guimarães (Secretário de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde); e José Monserrat Filho (chefe da Assessoria de Assuntos Internacionais do MCT).

semelhantes nos demais países na próxima reunião do GT e de Ministros de C&T (que aconteceu poucos dias depois) (MCT, 2011, p. 5).

Dando continuidade a essas propostas, na IV Reunião Ministerial de Ciência e Tecnologia do IBAS, acontecida entre 10 e 14 de outubro de 2008, foi proposta e aprovada a criação do Conselho Científico Tripartite Coordenador da Cooperação Científica e Tecnológica Trilateral entre Índia, Brasil e África do Sul. Esse Conselho seria um órgão que estabeleceria e implementaria as atividades de cooperação científica e tecnológica a serem desenvolvidas conjuntamente. O Brasil, por meio da Portaria do MCT N° 315 de 5 de maio de 2009, designou três cientistas brasileiros para representar o país em dito Conselho: Jacob Palis (Presidente da ABC, Celso Pinto de Melo (Universidade Federal de Pernambuco), e Marco Antonio Zago (Presidente do CNPq). Esses nomes teriam sido enviados aos Ministérios de C&T da Índia e da África do Sul, respectivamente (MCT, 2011, p. 7).

Na II Reunião do CCC-IBAS, realizada em 22 de janeiro de 2009, foram indicados cientistas brasileiros para atuarem como consultores *ad hoc* das áreas prioritárias de cooperação acordadas⁶⁵. Em 2 de julho de 2009 aconteceu a III Reunião do CCC-IBAS, onde foram aprovados os nomes dos cientistas indicados na II reunião para atuarem como consultores das áreas temáticas de cooperação. Além disso, o Conselho aprovou a alocação de R\$ 1 milhão para o lançamento do Edital em 2009, dos quais R\$ 800 mil seriam disponibilizados para apoiar oito projetos de 100 mil cada, por dois anos, e R\$ 200 mil para incentivar novas atividades e apoio às reuniões do CCC-IBAS e do Conselho Científico Tripartite Coordenador da Cooperação Científica e Tecnológica Trilateral entre Índia, Brasil e África do Sul (MCT, 2011, p.7-8). Observa-se que o valor aprovado de recursos (R\$ 1 milhão) foi inferior ao valor proposto no compromisso assumido em 2006 (US\$ 1 milhão).

Segundo dados colhidos em entrevistas no CNPq (a partir de documento de 2010, entregue por informante-chave) e confirmados por notícia de Boletim (Caeni-USP, 2013), em 2006, o governo brasileiro forneceu apoio para financiar cinco projetos especiais de C&T no âmbito da parceria IBAS, isto é, projetos selecionados sem chamada pública ou edital. O montante total do financiamento desses cinco projetos não ultrapassou os R\$ 350 mil. Um deles foi da área da saúde—“Sistemas de liberação controlada de fármacos baseados em nanotecnologia para tratamento de doenças endêmicas ou negligenciadas no Brasil, Índia e África do Sul: Tuberculose, HIV e Malária”—cujo financiamento foi de R\$ 88 mil.

A primeira alocação de recursos financeiros por parte dos países-membros do IBAS para a implementação de atividades conjuntas em C&T, que entre outras áreas incluía as mesma doenças —

⁶⁵ Na área da saúde foram designados: Wanderley de Souza, Eloi Garcia, Erney Camargo e Manuel Barral Neto (UFBA).

HIV/AIDS, Malária e Tuberculose—, aconteceu em 2009. No Brasil, o CNPq lançou um Edital em 2009 (MCT/CNPq #45/2009) que tinha por objetivo conceder assistência financeira para facilitar a mobilidade de cientistas entre os países do IBAS (Figura 7), com financiamento tripartite⁶⁶. No Brasil, o valor total estabelecido de R\$800 mil financiaria até oito projetos, com valor máximo de R\$100.000,00 por proposta, dando cumprimento à decisão do CCC-IBAS. O Edital visava o apoio ao desenvolvimento de projetos trilaterais de pesquisa em C&T e inovação, que contemplavam a realização de visitas exploratórias e eventos científicos nos temas prioritários identificados para a cooperação trilateral. A esse respeito, um dos entrevistados afirmou “o investimento nunca foi de grande porte, de grande envergadura [...] você vê pelos valores que o financiamento era para começar uma cooperação e, basicamente, apoiar os intercâmbios das equipes de pesquisa” (E5, 2014).

Segundo o portal do CNPq, e o documento do MCT (2011, p. 12), quatro projetos foram selecionados pelo Comitê Técnico Conjunto do IBAS (*Joint Technical Committee — JTC*)⁶⁷. Dos quatro projetos aprovados, dois eram vinculados a área da saúde: 1) “*Development, synthesis and testing of novel HIV drugs*”, coordenado por CN Alves (Brasil), D Sriram (Índia) e GEM Macguire (África do Sul); 2) “*Novel drug discovery and development approaches for the pharmaceutical immune enhancers in immune compromised individuals*”, coordenado por Jan Schripsema (Brasil), Umesh K (Índia) e Gerhard Prinsloo (África do Sul)⁶⁸ (MCT, 2011, p. 12).

Segundo o MCT (2011), os editais dos três países-membros do IBAS não foram lançados na mesma época nem com o mesmo formato, o que gerou alguns problemas: a) projetos trilaterais nas áreas de biodiesel, bioetanol e bioinformática não puderam participar da seleção, por não terem sido submetidos aos três editais, condição essencial para sua elegibilidade; b) o edital brasileiro diferiu do indiano e do sul-africano, por prever o pagamento de missões brasileiras a qualquer dos três países, enquanto os editais indiano e sul-africano previram o pagamento de missões estrangeiras a seus próprios países (p. 12). Vale assinalar que a maior parte dos entrevistados no Brasil se referiu às dificuldades de articulação com a Índia e a África do Sul, apontando problemas de agenda e regras diferentes (por exemplo, para a publicação de editais). Um dos informantes-chave afirmou:

⁶⁶ Cada país incluía uma instituição financiadora, CNPq/ASCIN (Brasil), Departamento de Ciência e Tecnologia/Cooperação Internacional Bilateral (África do Sul), Ministério da Ciência e Tecnologia/ Departamento de Ciência e Tecnologia (Índia).

⁶⁷ Composto por representantes do CNPq, da *National Research Foundation* (NRF da África do Sul) e do *Department of Science and Technology* (DST da Índia).

⁶⁸ Os outros dois projetos, não voltados para a área da saúde, foram: “*Development of novel palladium gas sensor*”, coordenado por Carlos Giles (Brasil), Su Kumar Basu (Índia) e Candance Lang (África do Sul); “*Difussion kinematics of silver and iodine and other fission fragments in SiC and carbons*”, coordenado por Enio F. da Silveira (Brasil), Purushottam Chakraborty (Índia) e Johan B. Malherbe (África do Sul).

“[...] a parte indiana era a mais complicada para a gente conseguir articular uma ação [coordenada] e lançar um edital porque a forma deles publicarem não era um edital como o nosso, eles podiam receber propostas no meio do caminho [não tinha prazos definidos], era uma sistemática diferente” (E5, 2014).

Em abril de 2013, o Fórum IBAS lançou um novo edital, que visava apoiar, de forma complementar, a execução de projetos conjuntos de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação (P&D&I). Semelhante à primeira, essa chamada do CNPq/MCT no âmbito do Programa IBAS (Chamada MCTI/CNPq Nº 16/2013 - IBAS), também destinava apoio ao financiamento da mobilidade de cientistas e pesquisadores⁶⁹, designando o total de R\$ 1 milhão, sendo até R\$180 mil por proposta. Este edital detalhava os temas que seriam objeto de financiamento⁷⁰, que coincidiam, em boa medida, com aqueles definidos nos *workshops* realizados nos anos anteriores. As inscrições para esta chamada se encerrariam em 31 de julho de 2013 e os projetos selecionados teriam a duração de 36 meses (até 2016). Os resultados da seleção foram anunciados no portal do CNPq, porém apenas aparecem os nomes e currículos dos pesquisadores, não são especificados os nomes nem detalhes sobre os projetos escolhidos.

Fórum Acadêmico

O Fórum Acadêmico, realizado em Brasília em abril de 2010, incluiu uma sessão sobre “Direitos de Propriedade Intelectual e Acesso a Medicamentos Essenciais nos países do IBAS”. Essa sessão procurou facilitar a partilha de conhecimentos, entre os três países, sobre estratégias para promover o acesso universal a medicamentos essenciais (particularmente para o tratamento do HIV/AIDS), além de analisar questões sobre DPI e o desenvolvimento de capacidades de inovação no setor farmacêutico (Lal, 2010).

Além de pesquisadores e especialista na área de propriedade intelectual e medicamentos, também houve participação de alguns servidores vinculados aos Ministérios da Saúde dos países-membros do IBAS. As apresentações realizadas durante o evento mostraram algumas experiências nacionais de uso das flexibilidades do TRIPS concedidas pela Declaração de Doha. Também foi destacada uma série de “boas práticas” que poderiam ser exploradas pelos três países, entre elas: a)

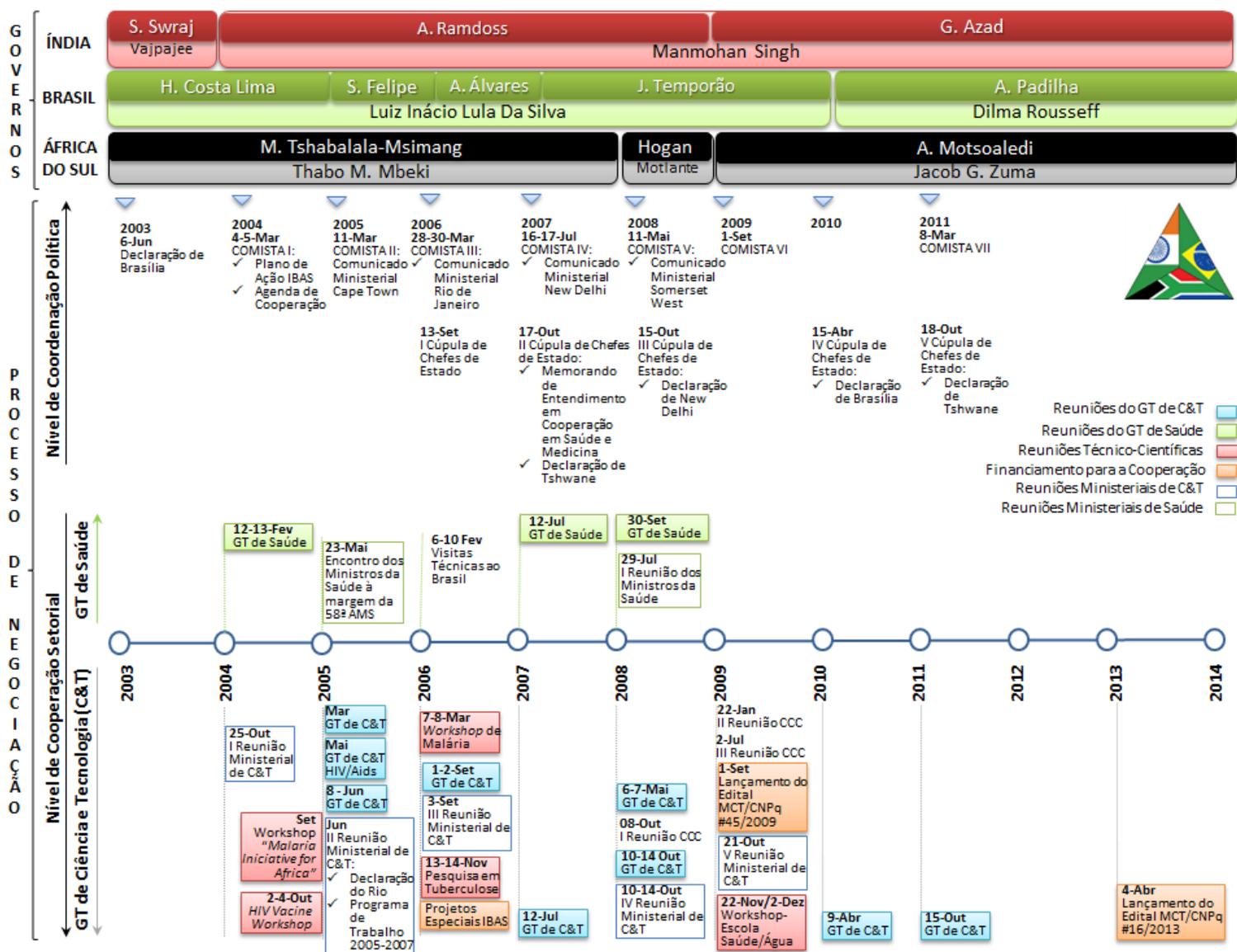
⁶⁹ As instituições financiadoras mencionadas no edital são: CNPq (Brasil), Fundação Nacional de Pesquisas (NRF da África do Sul) e Departamento de Ciência e Tecnologia (DST da Índia).

⁷⁰ “II.1.2.3. O apoio estaria destinado às seguintes áreas/temas: a) HIV/AIDS (aplicações estão limitadas às seguintes áreas): i) tecnologias de prevenção novas e inovadoras; ii) desenvolvimento de ensaios, padronização e validação de imunogenicidade; iii) soro-conversores precoces (infecção aguda) e não-progressores de longo prazo; b) Malária; c) Tuberculose (aplicações estão restritas às seguintes áreas): i) diversidade molecular: evolução de cepas do impacto do HIV e dos DOTS, relação com a resistência à droga e outras dinâmicas de transmissão; ii) resistência multi-droga: biologia molecular e estudos de genômica para comparação do tipo de mutações e outros mecanismos, desenvolvimento de técnicas para detecção de resistência, o tratamento e gestão operacional; iii) estudos sobre a imunologia, genômica e proteômica para identificar correlatos de proteção e estudos sobre vacinas.”

negociações do governo brasileiro para a promoção do acesso universal aos antirretrovirais, bem como para o licenciamento compulsório e as negociações com as empresas, na perspectiva de reduzir os preços dos medicamentos; b) capacidades de produção e inovação da indústria farmacêutica indiana de interesse para os outros países do IBAS; c) experiência sul-africana com instrumentos de regulação que garantam mecanismos de preços mais transparentes (Lal, 2010, p. 19). Um dos informantes-chave se referiu aos Fóruns Acadêmicos, indicando que estes exerciam influência na construção da agenda de cooperação do IBAS, trazendo elementos de caráter político e técnico.

Além dos assuntos mencionados acima, os participantes desse encontro enumeraram outras questões relevantes, sobre as quais o Fórum Acadêmico daria continuidade, entre as quais se ressalta: a) identificação de potencialidades conjuntas de pesquisa e desenvolvimento de produtos e medicamentos para doenças negligenciadas, visando aumentar a disponibilidade de alternativas no mercado para todos os países em desenvolvimento; b) definição de mecanismos para fortalecer a colaboração em questões de políticas em nível global, inclusive na Estratégia Global liderada pela OMS e no Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual, bem como no que diz respeito a outras questões críticas emergentes, tais como a definição de contrafação de medicamentos (Lal, 2010). Também neste caso, não se encontrou, no Brasil, registros de novas reuniões ou atividades dedicadas às temáticas da saúde do Fórum Acadêmico do IBAS.

Figura 7. Linha do Tempo do Processo de Negociação da Cooperação Trilateral em Saúde do Fórum IBAS: Índia, Brasil e África do Sul



Fonte: Elaboração própria a partir da análise documental.

O IBAS E O BRICS

Segundo a maior parte dos informantes-chave, o surgimento do BRICS em 2006⁷¹ e a ampliação de sua agenda de cooperação teriam contribuído para o enfraquecimento do Fórum IBAS, incluindo a sua cooperação em saúde. A sobreposição das diferentes agendas de cooperação bilateral, entre os países do IBAS e do BRICS, foi apontada como um fator negativo, que em lugar de somar forças como processos de articulação na cooperação Sul-Sul entre esses países, gerou confusão e inclusive competição entre as agendas. Isso teria sido ocasionado, também, por mudanças na política externa brasileira.

Um dos entrevistados explicita claramente essa questão:

“[...] existe muita sobreposição entre o que estamos trabalhando bilateralmente e o que se está trabalhando no Fórum IBAS e no BRICS. As áreas prioritárias são as mesmas, diferem muito pouco. [...] O IBAS competiu um pouco com essas agendas bilaterais, as quais deveriam ter se fortalecido, mas acabaram competindo” (E2, 2014).

Outro entrevistado apontou que

“[...] outras prioridades do governo brasileiro em termos de política externa [fizeram] que o IBAS deixasse de ser prioridade e foi suplantado, de alguma forma, pelo BRICS. [...] O próprio Itamaraty deixou de nos acionar para cumprir essa agenda, em resposta às mudanças de prioridades de política externa”. [...] a partir de 2010 a gente começou a trabalhar numa agenda do BRICS. A informação que a gente tinha era que o BRICS não ia se sobrepôr ao IBAS, mas o IBAS ficou meio para atrás” (E1, 2014).

Uma brevíssima revisão sobre os temas de cooperação em saúde do BRICS permite entender melhor essa situação. O interesse dos BRICS na área da saúde surgiu na III Cúpula em 2011, em Sanya, onde os líderes dos países firmaram o primeiro compromisso direto com a saúde (Declaração de Sanya, 2011). Em julho desse mesmo ano, os Ministros da Saúde dos BRICS realizaram, em Pequim, uma reunião para discutir e coordenar posições sobre questões de interesse comum e identificar áreas de cooperação. Segundo a Declaração de Beijing (2011), nesse primeiro Encontro de Ministros da Saúde os BRICS ressaltaram a necessidade de colaboração para fortalecer os sistemas de saúde e superar os obstáculos ao acesso de produtos médicos de qualidade e outras tecnologias de saúde para combater HIV/AIDS, tuberculose, malária, hepatite viral e outras doenças transmissíveis e não transmissíveis. Quanto ao HIV/AIDS, a declaração expressa que os países do BRICS estariam determinados a realizar esforços que visassem simplificar os regimes de tratamento,

⁷¹ Segundo o portal do MRE, a ideia dos BRICS foi formulada pelo economista-chefe da Goldman Sachs, Jim O'Neil, em estudo de 2001, intitulado “*Building Better Global Economic BRICs*”. Em 2006, o conceito deu origem a um agrupamento, propriamente dito por meio de uma reunião de Ministros de Relações Exteriores, realizada às margens da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas. Em abril de 2011, a África do Sul foi incorporada ao grupo, o BRIC se tornou oficialmente BRICS na 3ª cúpula na China.

inclusive para terapias de 2^{da} e 3^{ra} linha, devido ao aumento da incidência da resistência aos medicamentos nos pacientes. No que se refere à tuberculose e malária, os BRICS incentivariam inovação no desenvolvimento tecnológico de ferramentas adicionais de diagnóstico e tratamento para as cepas resistentes das doenças (Declaração de Beijing, 2011). Além disso, nessa Declaração trata-se de temas sensíveis, como o Acordo TRIPS e a reforma da OMS. Nos anos subsequentes⁷² os BRICS têm ratificado os compromissos assumidos e detalhado mais sua agenda de cooperação em saúde.

⁷² Até julho de 2014, os Ministros da Saúde do BRICS realizaram cinco reuniões, incluindo os Encontros e as reuniões à margem da Assembleia Mundial da Saúde.

DISCUSSÃO

A Dinâmica de definição dos Problemas

Segundo Kingdon (1995), entre outros autores, os problemas que entram numa agenda política podem ser definidos de várias maneiras e seu tratamento será afetado de acordo com essa definição.

Na literatura analisada neste estudo, vários autores mencionam que a agenda de cooperação do Fórum IBAS não tem um foco estratégico e que isso dificultaria a coordenação entre os países e a obtenção de resultados concretos (Bueno, 2010; Lechini, 2007; White, s.d.). E, segundo Flandes (2009), o sucesso da cooperação setorial do IBAS dependeria de sua capacidade de se concentrar, de forma pragmática, em áreas específicas de cooperação. No campo da saúde, se observa que a lista de potenciais temas de cooperação entre os países, discutida ao longo dos anos, é abrangente e inclui dez áreas, das quais sete estão relacionadas, direta ou indiretamente, ao controle da epidemia de HIV/AIDS, seja no que se refere à produção de medicamentos e ao acesso da população a eles (para o tratamento de doentes e portadores ou de doenças correlacionadas, como a tuberculose), ou à vigilância epidemiológica e ao desenvolvimento tecnológico (por exemplo, para produção da vacina).

No período estudado, dois Grupos de Trabalho envolveram-se diretamente no processo de formulação da agenda de cooperação em saúde do IBAS, constituindo “agendas dentro de agendas” (Kingdon, 1995, p. 225). No caso do GT de Saúde, a grande maioria dos temas que integraram a agenda de cooperação (Laboratórios de Saúde Pública; Vigilância em Saúde; Medicina Tradicional e Regulamentação de Controle Sanitário) priorizou a saúde pública, isto é, está focado na saúde das populações, o que pode ser entendido como uma preocupação dos países-membros do IBAS com o fortalecimento de instituições-chaves dos sistemas de saúde. No caso do GT de Ciência e Tecnologia essa perspectiva se repete, pois os temas priorizados (HIV/AIDS, tuberculose e malária) não o foram numa perspectiva de “programas verticais”, embora se refiram a doenças específicas, mas sim de aprimoramento de tecnologias que, ao mesmo tempo, estimulariam o desenvolvimento científico e tecnológico dos países em setores estratégicos (como o desenvolvimento científico e tecnológico, tanto para a produção de medicamentos quanto para o avanço no controle dessas doenças). Portanto, os achados desta pesquisa remetem às conclusões de Mallman (2009), para quem a cooperação entre os países do IBAS teria impacto social, não apenas para melhorar as condições sociais dos países envolvidos, mas também para estimular o seu desenvolvimento.

De fato, constata-se nesta pesquisa que a necessidade de enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS foi uma questão relevante, tanto para a aproximação entre os países-membros quanto para a criação do Fórum IBAS, no âmbito do qual tem sido entendida como um problema de direitos humanos, de desenvolvimento socioeconômico e, inclusive, como ameaça à segurança (Mbaya, 2006; IBAS, 2003). Assim, desde seu início, o IBAS reconheceu e reiterou essa questão como um problema que devia ser abordado por meio da cooperação Sul-Sul, pois poderia potencializar melhores resultados para todos.

Os dados disponíveis confirmam essa hipótese. Os três países-membros do Fórum foram bastante afetados pela epidemia do HIV/AIDS, porém os indicadores da África do Sul mostravam a situação crítica daquele país. Entre 1993 e 2003, a taxa de prevalência de HIV em pessoas com idades entre 15 e 49 anos passou de 1,9% para 16,6%, mostrando a alta velocidade de expansão da epidemia na África do Sul (UNAIDS, 2014). Em 2003, ano de constituição do IBAS, 4,9 milhões de pessoas viviam com HIV/AIDS naquele país, que ocupa até hoje o primeiro lugar no ranking de países com o maior número de casos da doença no mundo, segundo dados da UNAIDS. A prioridade do tema do HIV/AIDS para África do Sul estava vinculada não só à situação de crise e contínuo agravamento dos indicadores da doença (Du Preez, 2007; Buss et al., 2009; Bueno, 2009; Flemes, 2009), mas também à mobilização da opinião pública internacional e doméstica em relação ao assunto. Nesse sentido, foram fundamentais as pressões exercidas pela sociedade civil organizada sul-africana na defesa dos direitos de saúde que a Constituição estabelecia, contribuindo para que o governo do presidente Mbeki, que desacreditava as informações científicas sobre a doença e os tratamentos preconizados, aprovasse em 2003 um plano para fornecer antirretrovirais gratuitamente aos pacientes nos serviços públicos de saúde. A Índia, por sua vez, em 2003, ostentava o terceiro maior índice mundial de soropositivos⁷³ e desenvolveu a maior indústria nacional produtora e exportadora de medicamentos genéricos, especialmente ARVs. O Brasil, por seu lado, tem políticas públicas de combate ao HIV/AIDS consideradas “modelo” e reconhecidas internacionalmente; além disso, como produtor e importador de produtos farmacêuticos, tinha interesse no tema da produção de genéricos, especialmente antirretrovirais, e a cooperação nesta área permitiria a aproximação entre os três países, especialmente com a Índia, promovendo a troca de conhecimentos sobre requisitos e controles das cadeias de produção e favorecendo os intercâmbios comerciais na área farmacêutica.

Pode-se inferir, portanto, que esses elementos contribuíram para que o tema da epidemia do HIV/AIDS fosse priorizado na agenda de cooperação em saúde do Fórum IBAS, sendo o único

⁷³ Segundo dados da UNAIDS, a Índia tinha 2,1 milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS em 2003.

assunto de saúde explicitamente mencionado na Declaração de Brasília, assinada pelos Chefes de Estado para a sua constituição.

Por outro lado, os itens das agendas formuladas pelos dois GTs – Saúde e Tecnologia – guardam estreita relação com os antecedentes históricos de cooperação bilateral em saúde entre os países-membros. Com exceção da questão dos direitos de propriedade intelectual, que ganhou maior relevância com a assinatura da Declaração de Doha⁷⁴ em 2001, a totalidade das áreas estabelecidas como prioritárias no Memorando de Entendimento do IBAS, em 2007, já faziam parte da agenda de cooperação bilateral em saúde formalizada em 1998 entre Brasil e Índia, assim como haviam sido identificadas como relevantes nas negociações para a cooperação entre Brasil e África do Sul. Assim, pode-se concordar com Muccaroni (1992) e Walts (1994), quando afirmam que os assuntos que atingem a agenda em um determinado momento podem ter suas origens ou antecedentes nas circunstâncias, eventos ou escolhas do passado.

Entretanto, nem todos os tópicos da agenda de cooperação em saúde tiveram a mesma “unanimidade”. Por exemplo, a Medicina Tradicional, que entrou na agenda por sugestão da Índia, não foi um assunto prioritário de cooperação para o Brasil, talvez porque essas práticas não fossem incorporadas no Sistema Único de Saúde (SUS), segundo alguns informantes. Confirma-se, assim, que o estabelecimento da agenda de cooperação em saúde, tanto bilateral como trilateral, é influenciada não apenas pelas prioridades de alguns temas para os países-membros do IBAS, se não também por seus interesses nacionais e sensibilidades sobre determinados assuntos, sendo que as preferências por um tema específico podem acontecer e também mudam de um país a outro (Nogueira, 2012; Stuenkel, 2014).

Da mesma forma, os Estados estabelecem suas prioridades de cooperação a partir de uma conjugação variada de motivações, com ingredientes econômicos-comerciais, estratégicos, políticos, ideológicos, históricos, culturais, entre outros (Puente, 2010). Assim, os problemas que integraram a agenda de cooperação em saúde do Fórum IBAS no período estudado foram eleitos seja pelo compartilhamento de desafios semelhantes entre os países-membros; por seus antecedentes históricos de cooperação em saúde; por suas *expertises* e capacidades específicas; ou ainda por interesses nacionais e prioridades sobre determinados temas. Nesse sentido, de acordo com a teoria de *agenda setting* de Grindle e Thomas (1991), se pode afirmar que a maior parte desses problemas se encaixa na categoria de “problemas escolhidos” (*chosen problems*), uma vez que foram eleitos pelos representantes dos países integrantes dos GTs, supostamente articulados com os respectivos

⁷⁴ Declaração de Doha relativa ao Acordo TRIPS e a Saúde Pública.

tomadores de decisão, como resultado de suas próprias preferências e percepções (Grindle e Thomas, 1991).

A Dinâmica da Política (*Politics*)

Segundo Kingdon (1995), eventos na esfera da política são poderosos formadores de agenda. Em particular, as mudanças de governo afetam a formulação e a implementação das agendas, que passam a refletir as prioridades, preferências e propostas dos novos governos. No âmbito da política externa brasileira, a formação do Fórum IBAS e suas agendas de cooperação Sul-Sul foram parte de uma reformulação da estratégia de inserção internacional do Brasil no sistema internacional, que aconteceu com a mudança do governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC, 1995-2002) para o governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (Lula, 2003–2010).

No final do mandato do Presidente Fernando Henrique Cardoso houve alguns esforços para intensificar a cooperação com países em desenvolvimento e fomentar relações com esses países, na lógica da “geometria variável” de poder e da “autonomia pela participação” (Vigevani et al., 2007). Porém, no governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva aprofundaram-se essas relações e vigorou a lógica da “autonomia pela diversificação” (Vigevani et al., 2007) e só a partir de 2003 a cooperação Sul-Sul tornou-se prioritária na agenda de política externa do Brasil, que também priorizou os temas sociais e de saúde (Oliveira, 2005; Milani et al., 2013).

Mais concretamente, os governos FHC e Lula se diferenciaram fundamentalmente em relação a seus posicionamentos sobre o multilateralismo, sendo que o primeiro governo deu ênfase à obediência às regras (representada, por exemplo, pela adesão aos regimes internacionais), acreditando que assim o Brasil teria condições para alcançar seus objetivos nacionais; e o segundo reforçou a participação ativa na produção dessas mesmas regras, defendendo, para tal, a reforma dos fóruns multilaterais. Como explica Oliveira (2005), a diplomacia do governo Lula passou a considerar o multilateralismo como um movimento amplo de desconcentração e de novas regulamentações do poder no sistema internacional, de modo que fossem mais favoráveis aos países em desenvolvimento. Nesse mesmo sentido, Alden e Vieira (2005) afirmam que a novidade do arranjo trilateral do IBAS é que propõe uma cooperação formal entre potências regionais que, ao somarem forças, têm maior possibilidade de defender seus interesses nacionais em fóruns de negociação multilateral.

Como já assinalado, durante o governo do presidente FHC no Brasil houve algumas tentativas de aproximação bilateral com a Índia e a África do Sul. E foram tentados contenciosos em relação às patentes de medicamentos antirretrovirais, assim como o Brasil se aliou à África do Sul e à

Índia para tentar reduzir os preços dos ARVs em nível internacional, contando com o apoio de setores da sociedade civil e de ONGs nacionais e internacionais. Não obstante, foi apenas depois da posse do governo Lula e das mudanças na interpretação do sentido do multilateralismo na política externa brasileira que essa coalizão foi institucionalizada na lógica da cooperação Sul-Sul, passando a ser mais permanente e incorporando uma diversidade temática notória (Oliveira, 2005; Vigevani et al., 2007).

Assim, a partir do governo do presidente Lula a cooperação Sul-Sul ganhou destaque, claramente definida como uma das estratégias da política externa brasileira, sendo um dos seus desdobramentos objetivos a criação do IBAS. Já no governo da Presidente Dilma Rousseff (iniciado em 2011), a política externa brasileira continuou privilegiando as estratégias de cooperação Sul-Sul. Não obstante, apesar de que em termos gerais tenham sido mantidas as mesmas diretrizes, a mudança de governo e da chancelaria, em 2011, trouxe diferenças nas ênfases regionais e nos estilos políticos com respeito à condução da política externa brasileira (Burguer, 2013; Milani 2013).

Aparentemente, embora os Presidentes Lula da Silva e Dilma Rousseff sejam do mesmo partido (PT) e esta última tenha sido eleita com o apoio explícito do ex-presidente para ser sua sucessora, a mudança de governo levou a alguns ajustes nas prioridades da agenda de política externa e o IBAS perdeu relevância, ao que parece também como resultados da criação do BRIC (Brasil, Rússia, Índia e China, em 2006, e, posteriormente, BRICS – Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul, a partir de 2011). Um dos sinais dessa mudança foram as reformulações da estrutura organizacional do MRE nos dois governos. Entre 2003 e 2009, o MRE criou uma nova estrutura funcional (Divisão do Fórum Índia, Brasil e África do Sul – DIBAS) e ampliou gradativamente o número de servidores e diplomatas dedicados exclusivamente ao Fórum IBAS, sendo que em 2009 haviam seis pessoas envolvidas nesse trabalho, além do Coordenador Nacional e do Ponto Focal. A partir de 2010, a DIBAS foi transformada em DIB (Divisão de IBAS e BRICS) e o pessoal encarregado foi reduzido, restando apenas quatro diplomatas dedicados aos dois Fóruns (Faria et al., 2013, p. 184-185).

Entretanto, não só as mudanças de governo podem impactar na formulação de agendas, as mudanças de autoridades coordenadoras ou condutoras acabam por afetar esses processos de formulação. Assim, apesar de existir certa continuidade na política externa brasileira, em cuja estratégia o IBAS foi importante, as entradas e saídas de Ministros e outros servidores públicos na área da saúde impactaram a definição e a implementação da agenda de cooperação do Fórum nessa área. Com exceção do MRE, para os demais ministérios o IBAS não é necessariamente um projeto prioritário, inclusive por falta de informação sobre seus objetivos e alcance (Nogueira, 2012). Em

consequência, a formulação, manutenção e desenvolvimento da agenda de cooperação em saúde do IBAS ficaram vulneráveis às mudanças dos atores e às consequentes orientações políticas diversas, ocasionando desacelerações e interrupções no processo de estabelecimento dessa agenda.

Na mesma linha, os resultados desta pesquisa apontam que as mudanças de governo acontecidas na África do Sul também demarcaram variações na aproximação bilateral desse país com o Brasil, particularmente na área da saúde. O posicionamento do governo do presidente Mbeki e sua ministra da saúde, Manto Tshabalala-Msimang, sobre o HIV/AIDS afetou, em alguma medida, o processo de formulação e implementação da agenda de cooperação bilateral em saúde. Depois de ter definido uma lista de potenciais temas de cooperação, oficializada por meio de Declaração assinada por ambos os governos, as negociações entre os dois países registraram um longo período de inatividade e só foram retomadas com a entrada do governo do presidente Jacob Zuma e seu ministro da saúde, Aaron Motsoaledi. Os dados levantados nesta pesquisa mostram que a cooperação bilateral em saúde recuperou dinamismo e inclusive foi relevante para coadjuvar o processo de reforma do sistema de saúde sul-africano que ainda se encontra em andamento. Sobre a Índia não foram encontradas informações específicas que permitam realizar inferências sobre as mudanças dos governos ou de atores políticos desse país e sua influência no processo de definição da agenda de cooperação bi e trilateral em saúde no âmbito do IBAS.

A Dinâmica das Políticas (*Policies*)

Na área da saúde, os GTs de Saúde e de Ciência e de Tecnologia funcionaram como plataformas intergovernamentais e transnacionais de interação e troca de experiências entre os representantes dos formuladores de políticas dos três países-membros integrantes do IBAS. Esses Grupos de Trabalho podem ser entendidos como “comunidades políticas” (Walt, 1994), uma vez que se configuraram como redes constituídas por diferentes instituições que intercambiaram informações sobre atividades e ideias, influenciando fortemente a formulação da agenda de cooperação em saúde do Fórum. Observa-se ainda, em consonância com a pesquisa de Nogueira (2009), que em ambos os GTs não houve um padrão de estruturação específico e cada país teve modos diferentes de institucionalização de seus representantes, como membros dos grupos, para abordar a cooperação em saúde do Fórum.

Autores que analisaram os diferentes grupos de trabalho do IBAS afirmam que a eficácia e resultados variam entres uns e outros (White, 2010; Soule-Kondou, 2013). Esta pesquisa coincide com a literatura ao mostrar que os progressos de ambos os GTs vinculados com a cooperação em saúde não foram equilibrados. No caso do GT de Saúde os avanços foram escassos, uma vez que

após a definição da agenda de cooperação houve paralização dos trabalhos. O GT de Ciência e Tecnologia, por sua vez, mostrou um melhor desempenho, mantendo certa regularidade nas reuniões e executando maior quantidade de eventos científicos ou *workshops*.

Os diferentes *workshops* realizados pelo GT de Ciência e Tecnologia na área da saúde possibilitaram uma primeira aproximação de acadêmicos, especialistas, técnicos, consultores e gestores governamentais da Índia, do Brasil e da África do Sul, facilitando a troca de informações e o melhor conhecimento das diferentes realidades dos três países em questões específicas relativas ao HIV/AIDS, malária e tuberculose. Ao mesmo tempo, esses espaços promoveram o surgimento de ideias e alternativas de políticas que poderiam ser objeto da cooperação trilateral. Tepper (2004), seguidor do modelo de *multiple streams*, assinala que as reuniões (mesas redondas, grupos de trabalho, forças-tarefa) têm um papel importante no processo de estabelecimento de agendas, uma vez que promovem a transferência de políticas (*policy transfer*), permitindo que os governos aprendam a partir da experiência e erros dos outros e que os tomadores de decisão localizem, avaliem e incorporem algumas ideias dos especialistas nas diferentes áreas.

Solou-Kondue (2013), em sua análise sobre o IBAS, faz referência a essas “redes de aprendizagem” entre os atores dos três países como um “processo de socialização” que acontece por meio dos diferentes grupos de trabalho, que interagem e partilham conhecimentos, constituindo uma dimensão importante da cooperação Sul-Sul. Não obstante, os dados levantados não permitem afirmar que se esses encontros chegaram a criar laços concretos entre seus participantes, a ponto de se conformar “comunidades de especialistas” nas áreas trabalhadas nos *workshops* (*policy areas*). Em sua análise, Solou-Kondou (2013) encontrou que a regularidade das reuniões entre os formuladores de políticas permitiu a construção de uma rede de conexões bilaterais e trilaterais e o estabelecimento de relações próximas, bem como amizades pessoais. Porém, no caso da cooperação em saúde, os resultados desta pesquisa mostram que, com exceção do grupo da malária, que conseguiu realizar dois *workshops*, os grupos dos outros temas apenas tiveram um único encontro.

As propostas que surgiram nesses *workshops* previam a realização de novas oficinas e reuniões, criação de novos grupos de trabalho em assuntos específicos, maior troca de experiências, desenvolvimento de atividades conjuntas para a harmonização de procedimentos e regulamentações, treinamentos e intercâmbio de estudantes e desenvolvimento de capacidades dos recursos humanos. Contudo, além das recomendações e dos relatórios gerados nos *workshops*, essas reuniões iniciais não parecem ter deixado nenhum outro legado. Assim, a falta de continuidade na realização dessas atividades com especialistas e de seus desdobramentos sobressai também como uma característica do GT de Ciência e Tecnologia na área da saúde. Deduz-se, então, que as descontinuidades nas reuniões

impossibilitaram o andamento das atividades propostas e dificultaram a construção de laços mais estreitos entre as comunidades de especialistas dos diferentes países-membros, questão relevante ao se tratar de iniciativas e projetos de cooperação que devem ser desenvolvidos por equipes transnacionais.

Segundo Tepper (2004, p. 534), as reuniões que geram recomendações suficientemente específicas como para forçar aos tomadores de decisão a ‘decidir’ sobre algo são mais propensas a serem bem-sucedidas na efetivação da política do que aquelas reuniões que produzem recomendações gerais ou vagas. Embora estas sejam mais fáceis de gerar consenso, também são facilmente evitadas ou ignoradas pelos decisores. Os diferentes *workshops* realizados pelo GT de Ciência e Tecnologia geraram múltiplas recomendações que, em vários casos, eram vagas e pouco objetivas para serem estruturadas em projetos de cooperação. Hipoteticamente, com a realização de novas reuniões, essas primeiras recomendações poderiam ser refinadas e melhor orientadas para os decisores governamentais. No entanto, esse processo de continuidade não aconteceu e as recomendações tornaram-se um “*wish list*” de atividades que não se materializaram.

Os Atores

Os governos dos três países e alguns dos seus órgãos constitutivos destacaram-se na definição da agenda de cooperação em saúde do IBAS. Uma estrutura hierárquica, ao estilo ‘*top down*’ (Kingdon, 1995), com os políticos eleitos situados no topo parece ter orientado esse processo. Os presidentes e seus chanceleres, por meio das diretrizes da política externa, ainda que com nuances distintas em suas gestões, incidiram indiretamente imprimindo ou restando dinamismo para a cooperação Sul-Sul no IBAS. Alguns autores categorizam o MRE, e mais especificamente a DIBAS, como uma “organização líder”, que teria assumido a responsabilidade pela coordenação das atividades das redes interorganizacionais do Fórum, inclusive dotando-a de um *status* especial perante as outras organizações parceiras (Nogueira 2009, 2012; Faria et al., 2012). Se bem o MRE foi um ator líder e relevante na coordenação geral das questões do Fórum no Brasil, os dados levantados nesta pesquisa permitem afirmar que, na área da saúde, a atuação do MRE não foi sempre efetiva em termos de ativação e coordenação das instituições envolvidas com a cooperação em saúde.

O MS e o MCTI foram os outros entes federais que definiram, no Brasil, os representantes que constituíram os GTs de Saúde e de Ciência e Tecnologia. Embora esses órgãos fossem agregados horizontalmente em cada GT, sem um domínio hierárquico explícito (Nogueira, 2012), é possível observar que algumas dessas instituições tiveram maior peso e visibilidade no processo de

formulação da agenda. No caso do GT de Ciência e Tecnologia, a Fiocruz, como uma instituição historicamente produtora de conhecimentos e inovações em saúde, foi designada pelo Ministério de Ciência e Tecnologia para desenvolver a cooperação em saúde nesse GT, cujo foco de trabalho era pesquisa e desenvolvimento. Assim, a Fiocruz teve influência na formulação da agenda, ficando ainda responsável pelo tema específico da malária. No caso do GT de Saúde, cuja agenda estava mais voltada para políticas de saúde, o Ministério da Saúde definiu os representantes que seriam membros do GT e, portanto, teve mais poder para influenciar a definição de prioridades nessa agenda de cooperação, envolvendo a Secretaria de Vigilância em Saúde e a ANVISA como instituições especializadas.

Pode-se afirmar que o Ministério de Relações Exteriores, apesar das falhas identificadas nesta pesquisa, foi responsável pela coordenação dessa rede de atores, impulsionando a *descentralização horizontal*⁷⁵ do processo de cooperação setorial. Ao mesmo tempo, os órgãos envolvidos com o desenvolvimento dessa agenda executaram suas ações no sentido de respeitar as diretrizes da Presidência da República, que definiam que iniciativas de cooperação Sul-Sul constituíam importantes instrumentos da inserção do Brasil no sistema internacional (Nogueira, 2012).

Os ministérios da saúde e de ciência e tecnologia da Índia e da África do Sul também participaram nos GTs de Saúde e de Ciência e Tecnologia, envolvendo diferentes departamentos de acordo às questões trabalhadas em cada grupo. Não obstante, o Conselho Indiano de Pesquisa Médica (ICMR) e o Conselho de Pesquisa Médica da África do Sul (MRC), ambas instituições voltadas para a pesquisa em saúde, parecem ter exercido maior influência na definição da agenda de cooperação em saúde do IBAS, nos seus respectivos países, uma vez que esses conselhos participaram de ambos os GTs, o que permitiu que seus interlocutores acompanhassem a formulação e desenvolvimento da agenda de saúde nos dois Grupos de Trabalho. Nesta pesquisa, não foram encontradas informações sobre como é a relação entre os ministérios de relações exteriores da Índia e da África do Sul e os órgãos envolvidos com a cooperação em saúde nesses países.

Ao longo das três dinâmicas (definição de problemas, política e políticas), atores não governamentais dos três países membros também tiveram alguma participação na construção e desdobramentos da agenda de cooperação em saúde do Fórum, destacando-se os grupos de especialistas, pesquisadores e consultores que fizeram parte dos *workshops* organizados pelo GT de Ciência e Tecnologia e do Fórum Acadêmico dedicado ao tema da saúde realizado no Brasil.

⁷⁵ Descentralização Horizontal é um termo cunhado por Letícia Pinheiro (2009).

Os Desdobramentos da Agenda

O estudo aqui realizado permite afirmar que houve poucos resultados concretos na implementação da agenda de cooperação em saúde do IBAS. Dos dois Grupos de Trabalho envolvidos com esse tema, o pior desempenho foi do GT de Saúde.

Alguns fatores podem ser identificados como possíveis desencadeadores do lento desenvolvimento e dos poucos resultados concretos da cooperação em saúde entre os três países do Fórum IBAS. Em primeiro lugar, a falta de coordenação entre as instituições que atuaram nesse processo. No caso do Brasil, três Ministérios (MRE, MS, MCTI), com diferentes secretarias, departamentos, agências e assessorias, estiveram envolvidos na cooperação em saúde do IBAS. Embora o Ministério da Saúde e o Ministério de Ciência e Tecnologia – por meio da Fiocruz – trabalhassem uma agenda comum de cooperação, os resultados da pesquisa mostram que houve pouca articulação entre eles. Assim, no Brasil, o GT de Saúde e de Ciência e Tecnologia terminaram estabelecendo agendas de cooperação em saúde de forma paralela, com escassa ou nenhuma coordenação entre si, levando à sua fragmentação. O Ministério de Relações Exteriores não conseguiu resolver esse problema de desarticulação, o que parece ter contribuído para o desenvolvimento díspar das atividades definidas pelos dois GTs. Coincidindo com Campbell (2009) e Nogueira (2012), observa-se que a grande quantidade de órgãos que participaram desse processo dificultou a coordenação das atividades dos grupos. De fato, se não existe uma apropriada articulação entre as instituições de um mesmo país, a coordenação com órgãos de outros dois países torna-se praticamente inviável. Ao incorporar Índia e África do Sul na equação da coordenação as dificuldades aumentam porque, em cada país, vários órgãos e departamentos participaram da cooperação em saúde, trazendo suas próprias abordagens para a estruturação, financiamento e operacionalização da cooperação.

Nesta pesquisa não foram encontradas informações sobre como foi a articulação entre as instituições partícipes da cooperação em saúde do IBAS na Índia e na África do Sul. Porém, nos temas da saúde, em ambos os países os interlocutores que participaram do GT de Saúde e de Ciência e Tecnologia eram praticamente os mesmos, permitindo que estes acompanhassem as discussões de ambas as agendas dos dois GTs, diminuindo as chances de desarticulação e fragmentação da agenda de saúde nesses países. Essa situação foi diferente no Brasil, onde a área da saúde do GT de Ciência e Tecnologia incorporou à Fiocruz como órgão interlocutor, mas não incorporou ao Ministério da Saúde.

Outro fator que influenciou negativamente o avanço da cooperação em saúde do IBAS foi a insuficiência de recursos financeiros e humanos. Solou-Kondou (2013) refere também este problema, afirmando que a indisponibilidade de recursos orçamentários é uma limitação estrutural para muitos grupos de trabalho. Como essa autora aponta, as atividades setoriais do IBAS são financiadas pelos orçamentos dos ministérios envolvidos e não pelos gabinetes ou ministérios de relações exteriores dos países-membros. No caso brasileiro, o financiamento da cooperação em saúde do IBAS foi alocado pelo MCTI, por meio do CNPq. Além disso, apesar de que o MS e o MCTI têm assessorias dedicadas à cooperação internacional, nenhum dos dois ministérios tem um quadro de servidores dedicados exclusivamente ao IBAS.

As frequentes mudanças de atores (ministros, secretários, diretores e gestores em geral) também favoreceram o lento desenvolvimento da cooperação em saúde do IBAS, implicando em descontinuidade de processos, descumprimento de compromissos, mudança de prioridades e de orientações políticas. Além disso, em sintonia com Stuenkel (2014), observa-se que o desempenho dos grupos de trabalho dependia, em boa medida, do empenho e disposição individual de seus membros. Alguns dos atores eram mais ativos e traziam dinamismo e visibilidade para a agenda trilateral de cooperação em saúde do IBAS; outros traziam um ponto de vista mais doméstico e, portanto, não denotavam importância à agenda internacional em geral e do IBAS em particular.

Um último fator identificado nesta pesquisa como possível entorpecedor das atividades trilaterais em saúde do IBAS foi o surgimento do BRICS e a ampliação de sua agenda de cooperação em saúde, que evidencia uma sobreposição de agendas e pautas que levantam questionamentos sobre a importância e singularidade do Fórum IBAS e, inclusive, sobre a manutenção da sua agenda de cooperação em saúde. Vários autores chamam a atenção para a possível redundância entre os dois agrupamentos, o crescente risco de sobreposição de atividades entre os dois Fóruns e o interesse da China em fundir ambos os grupos (Taylor, 2012; Soule-Kohndou, 2013; Waisbich, 2013; Burguer, 2013; Stuenkel, 2014a). De fato, esses questionamentos praticamente se confirmam com o adiamento da VI Cúpula de Chefes de Estado do IBAS, que devia acontecer em junho de 2013 e que, até o momento, não aconteceu. Talvez seja pertinente a afirmação de Stuenkel (2014b), de que os organismos multilaterais raramente são descontinuados de forma oficial, eles “morrem” paulatinamente, de uma “morte tranquila”. De fato, o eco na mídia sobre o adiamento da Cúpula do IBAS foi quase inexistente.

A sobreposição de várias agendas implica, em certo modo, na escolha de alguns tópicos e no descarte de outros. Pode-se inferir a partir deste estudo que a agenda de cooperação em saúde do IBAS foi, em boa medida, absorvida pela do BRICS, cuja agenda de cooperação apresenta as

mesmas temáticas, mas envolve, além dos três países do IBAS, os interlocutores da China e da Rússia. Entretanto, essa é uma questão que necessita maior aprofundamento empírico e novas pesquisas.

Entre as limitações desse estudo destaca-se a dificuldade de encontrar material disponível sobre o IBAS, assim como a impossibilidade de levantar dados nos outros dois países integrantes do Fórum – Índia e África do Sul. Assim, todos os documentos analisados foram encontrados no Brasil, a partir de diferentes fontes, e as entrevistas foram realizadas apenas com atores brasileiros. Isso aconteceu em função, principalmente, do tempo de que se dispôs para a realização da pesquisa, vinculada à dissertação do mestrado profissional. Desta forma, a análise apresenta um panorama preliminar e inicial, que evidencia a necessidade de aprofundamento em novas pesquisas.

CONCLUSÃO

O Fórum IBAS surgiu como resultado das mudanças do sistema internacional, onde os países emergentes passaram a ter maior peso econômico global. Índia, Brasil e África do Sul uniram-se em uma coalizão visando aumentar sua força política para influir na dinâmica do sistema mundial e no seu ordenamento político-econômico. Ademais de ser um mecanismo de concertação política, o IBAS constituiu-se em um arranjo cooperativo que buscou potencializar a cooperação Sul-Sul entre os países-membros e destes com outros países do sul geopolítico.

Na área da saúde, a aproximação entre o Brasil e os outros países-membros do IBAS tem sido construída lentamente, mostrando períodos de maior e menor dinamismo. Na década de 1990, a abertura comercial advinda das reformas políticas e econômicas de caráter neoliberal, somada à expansão do acesso à saúde no Brasil, sobretudo em relação ao controle da epidemia de HIV/AIDS aproximaram os interesses de Índia e Brasil, que na área da saúde estiveram focados principalmente no intercâmbio de tecnologias e na importação de fármacos da Índia para o mercado brasileiro. O conjunto de mudanças no marco regulatório e na política do setor farmacêutico no Brasil configurou o contexto dessa cooperação bilateral que ganhou novo impulso na segunda metade da década de 2000, com a criação do Conselho Científico Brasil-Índia e a atuação conjunta do MCT, do MRE e da Academia Brasileira de Ciências. O Conselho tornou-se um mecanismo de interlocução entre as comunidades científicas e os atores governamentais e industriais, subsidiando os respectivos ministros de Ciência e Tecnologia. A Academia Brasileira de Ciências também se destacou como ator chave na concretização de ações bilaterais com potencial de desenvolvimento técnico-científico para Índia e Brasil, inclusive na área da saúde. As últimas alocações de recursos financeiros dos governos do Brasil e da Índia têm conferido maior credibilidade ao compromisso político desses Estados com a cooperação bilateral em saúde que, depois de mais de duas décadas de assinatura de acordos e memorandos, parece dar os primeiros passos para a realização dos objetivos propostos.

No caso da relação Brasil-África do Sul, o fim do apartheid e a adoção de um sistema democrático por parte do país africano foram cruciais para a aproximação entre eles, cuja cooperação bilateral em saúde foi inicialmente marcada pelo contexto da epidemia de HIV/AIDS, que também afetou fortemente o país sul-africano. Apesar dos incipientes avanços nas negociações feitas, durante o período 1999-2001, no intercâmbio de tecnologias para produção de fármacos e políticas públicas de combate à epidemia de HIV/AIDS, essa cooperação entre os dois países não avançou, pois, aparentemente, faltou vontade política para sua materialização nesse período. Esse fato parece estar vinculado às atitudes adotadas pelo governo do Presidente Thabo Mbeki e sua Ministra da Saúde, Manto Tshabala-Msimang, que eram explicitamente contra às explicações científicas sobre a causa

da AIDS. O relançamento das negociações bilaterais para a cooperação em saúde, a partir de 2008, teve por foco outros temas que não o combate à epidemia de HIV/AIDS, destacando-se a reforma do sistema de saúde sul-africano e a implantação de bancos de leite humano.

Esses antecedentes históricos de cooperação bilateral entre o Brasil e os outros países-membro do IBAS influenciaram, em alguma medida, a definição dos itens que compuseram a agenda de cooperação trilateral em saúde do Fórum, dentre os quais se destaca o tema da epidemia de HIV/AIDS. Seja por meio do intercâmbio de tecnologias e a importação de fármacos (Brasil-Índia), seja pela troca de experiências de políticas públicas de combate à AIDS (Brasil-África do Sul).

Conjuntamente, os três países também atuaram em diversos fóruns multilaterais, exercendo pressão sobre temas concernentes ao HIV/AIDS e ao acesso universal à terapia ART. Nesse sentido, o IBAS, como um Fórum de Diálogo, tem demonstrado vontade e capacidade de coordenação política que têm sido eficazes na consecução de objetivos comuns na área da saúde. Tanto nas aproximações de posicionamentos em razão do Contencioso das Patentes Farmacêuticas, na OMC, quanto nos posicionamentos conjuntos no âmbito do Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas (para a introdução da proposta de resolução sobre direito à saúde e acesso a medicamentos), o diálogo político trilateral alcançou resultados concretos benéficos aos países-membros. Contudo, também se evidencia um avanço lento e errático na formulação e nos desdobramentos da agenda de cooperação trilateral em saúde. Os dois Grupos de Trabalho envolvidos com a cooperação em saúde do Fórum apresentaram resultados modestos e desiguais.

No caso do GT de Saúde, os resultados são escassos e pouco alentadores. Apesar de ter sido um dos primeiros GTs a ser constituído e de ter definido uma agenda de cooperação de execução relativamente simples, que incluía apenas a realização de alguns workshops e visitas entre os países-membros do IBAS, o GT de Saúde não avançou na sua implementação. Embora existisse uma diretriz geral explícita de política externa brasileira que priorizava a cooperação Sul-Sul, as constantes mudanças de Ministros e atores-chaves dentro do Ministério da Saúde no Brasil, assim como de seus representantes no IBAS, dificultaram o processo de formulação da agenda do GT de Saúde, implicando em frequentes atrasos e até na paralisação das atividades. A insuficiência de recursos financeiros e humanos para o desenvolvimento de projetos parece também ter incidido negativamente no desempenho do GT. Embora o HIV/AIDS se apresentasse como um desafio comum e importante para os três países-membros do Fórum, não houve avanços na formulação e implementação de uma estratégia conjunta de cooperação para o controle da epidemia, tal como estabelecido no Memorando de Entendimento de Cooperação em Saúde. Portanto, apesar da prioridade nessa área, que, teoricamente, seria um fator crucial no sucesso da cooperação, as

atividades também foram restritas, o que permite concluir que existem vários outros aspectos que interferem no sucesso desses empreendimentos cooperativos.

Por outro lado, o GT de Ciência e Tecnologia teve melhor desempenho nos desdobramentos de sua agenda de cooperação. Reuniu-se mais frequentemente e conseguiu realizar cinco workshops sobre assuntos diversos relacionados à saúde, que facilitaram a troca de informações em áreas críticas e a identificação de potenciais projetos conjuntos de pesquisa e inovação, contribuindo para o melhor conhecimento e a aproximação entre os países-membros. Além disso, o GT de Ciência e Tecnologia destinou recursos para o financiamento de atividades nas áreas de HIV/AIDS, malária e tuberculose, favorecendo o avanço de alguns projetos conjuntos de pesquisa, desenvolvimento e inovação que poderiam derivar na concretização de alguns objetivos nesses temas prioritários da agenda de cooperação em saúde do IBAS. Apesar desses elementos positivos, observa-se também descontinuidade nas ações de cooperação do IBAS nessa área, especificamente na realização de reuniões e workshops, o que dificultou o aprofundamento da parceria, o andamento das atividades e a construção de redes de especialistas entre os três países-membros.

Elementos adicionais que obstaculizaram o andamento da cooperação em saúde do IBAS foram a desarticulação das instâncias governamentais brasileiras responsáveis pela condução de ambos os GTs, bem como as dificuldades de coordenação entre Brasil, Índia e África do Sul. Finalmente, o surgimento do BRICS tampouco logrou potencializar a cooperação concertada previamente em nível bi- e trilateral. Ao contrário, parece ter contribuído para a desaceleração e quase paralisia das atividades do IBAS na área de saúde, pois teria competido por espaço na agenda da política externa dos países do Fórum, dispersando a atenção dos atores-chaves e esfriando o seu desenvolvimento.

Questionamentos sobre a sustentabilidade do Fórum IBAS e de sua agenda de cooperação em saúde tornaram-se ainda mais proeminentes com o fortalecimento do BRICS. Não há, contudo, consenso neste tema e as pesquisas sobre o impacto do BRICS sobre o IBAS são ainda bastante incipientes. Tais indagações merecem ser melhor estudadas em maior profundidade, de modo a analisar os efeitos da proliferação de arranjos cooperativos plurilaterais, assim como proporcionar um panorama mais completo dos fatores que potencializam ou dificultam a cooperação Sul-Sul em saúde entre os países emergentes que integram essas coalizões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alden C, Vieira MA. The new diplomacy of the South: South Africa, Brazil, India trilateralism. *Third World Quarterly*, 2005, 6(7):1077-1095.
- Almeida C. Governança Global na Saúde, Inserção Soberana, Integração Continental e Cooperação Sul-Sul. In: *A Saúde no Brasil em 2030: Diretrizes para a prospecção estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro*. 2013. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/Saude_Brasil_2030.pdf> (Acesso:18/07/2014).
- Almeida C, Campos RP, Buss P, Ferreira JR, Fonseca LE. A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. 2010 Mar; 4(1): 25-35.
- Almeida, CM. 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*, México DC, v.2, p. 123–160, 2006.
- Almeida C. International perspectives on the public health implications of 9/11 – Health and foreign policy: the threat from health securitization. *Aust N Z J Public Health*. 2011 Aug; 35(4):312.
- Amorim C. Política externa do governo Lula: Os dois primeiros anos. *Análise de Conjuntura OPISA/IUPERJ*, 2005, n°4, 14p.
- Anderson J. *Public Policy-Making*. New York: Praeger, 1975.
- Araújo LU, Albuquerque KT, Kato KC, Silveira GS, Maciel NR, Spósito PA, et al. Medicamentos genéricos no Brasil: panorama histórico e legislação. *Rev Panam Salud Publica*. 2010; 28(6):480–492.
- Assunção I. O Fórum IBAS: uma experiência de parceria estratégica na perspectiva da Cooperação Sul-Sul. *RARI*. 2013; II(4):65-102.
- Ayllón B. *Cooperación Sur-Sur: Innovación y transformación en la cooperación internacional*. 2009 (Acesso em: 27/07/2013). Disponível em: <http://www.fundacioncarolina.es/es-ES/nombrespropios/Documents/NPBAyll%C3%B3n0912.pdf>
- Balladeli PP, Bossa JP, Torres JH, Sempertegui R. *Integración americana y cooperación Sur-Sur en salud*. Bogotá: OPS/OMS; 2009.
- Baumgartner FR, Jones BD. *Agendas and instability in American politics*. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1993.
- Baumgartner F, Jones B. Punctuated-Equilibrium Theory: Explaining stability and change in public policymaking. In: Sabatier PA, editor. *Theories of the policy process*. Boulder: Westview Press, 2007, p. 155-188.
- Baumgartner FR, Breunig C, Green-Pedersen C, Jones BD, Mortensen, PB, Nuytemans M, Walgrave S. Punctuated Equilibrium in Comparative Perspective. *American Journal of Political Science*. 2009; 53(3):603-620.
- Benatar S. Health care reform and the crisis of HIV and AIDS in South Africa. *N Engl J Med*. 2004; 351(1):81-92.
- Bendor J, Moe T, Shott K. Recycling the Garbage Can: An assessment of the research program. *American Political Science Review*, 2001. 95:169–190.

Birkland TA. Agenda setting in public policy. In: Fischer F, Miller G, Sydney M, editors. Handbook of public policy analysis: theory, politics, and methods. Boca Ratón: Taylor & Francis Group, 2007, p.63-78.

Bliss KE. Health in all policies: Brazil's approach to global health within foreign policy and development cooperation initiatives. In: Bliss KE, editor. Key players in global health – How Brazil, Russia, India, China and South Africa are influencing the game. Washington: CSIS; 2010 Nov, p.1-14.

Brewer G, deLeon, P. The Foundations of Policy Analysis. Monterey, CA: Brooks/Cole, 1983.

Bueno A. Os antecedentes políticos, estratégicos, e econômicos do Fórum IBAS: um exame do papel do HIV/AIDS nesta coalizão. In: Hirts M; Lima MRS; Vieira MA, orgs. Vozes do Sul e agenda global. África do Sul, Brasil e Índia. São Paulo: Hucitext, 2012. p. 252-283.

Bueno A. Os três pilares institucionais do Fórum de Diálogo Índia-Brasil-África do Sul (IBAS): coordenação política, cooperação setorial e Fundo IBAS. Paper apresentado: VI Congresso do CEISAL “Independências – Dependências – Interdependências”; 2010 Jun 30 -Jul 3; Toulouse, França. Disponível em: <<http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/49/66/29/PDF/AdrianaBueno.pdf>> (Acesso em: 15/04/2013).

Buss PM, Ferreira JR. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. 2010 Mar; 4(1):93-105.

Buss PM, Ferreira JR. Diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul: as experiências da Unasul saúde e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP). R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. 2010b Mar; 4(1):106-118.

Buss PM, Faid M. Power shifts in global health diplomacy and new models of development: South-South cooperation. In: Kickbusch I, Lister G, Told M, Drager N, editors. Global health diplomacy: concepts, issues, actors, instruments, for and cases. New York: Springer; 2013. p.305-322.

Buss P, Ferreira R. IBAS: Coordenação e cooperação entre países em desenvolvimento. In: Fundação Alexandre de Gusmão. III CNPEPI: O Brasil no mundo que vem aí: Seminário IBAS. [Internet]. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão; 2009. p. 193-215. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/temas-mais-informacoes/saiba-mais-ibas/livros-e-textos-academicos/iii-conferencia-nacional-de-politica-externa-e-politica-internacional-ibas-1>> (Acesso em: 01/04/2013).

Campbell Z. IBSA: Overview and perspectives. In: Fundação Alexandre de Gusmão. III CNPEPI: O Brasil no mundo que vem aí: Seminário IBAS. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão; 2009, p.155-169. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/temas-mais-informacoes/saiba-mais-ibas/livros-e-textos-academicos/iii-conferencia-nacional-de-politica-externa-e-politica-internacional-ibas-1>> (Acesso em: 26/06/2013).

Canchumani RM. A Indústria Farmacêutica no Brasil e na Índia: um estudo comparativo de desenvolvimento industrial. Espacios. 2008; 29(2):6-9.

Carrillo Roa A, Santana JP. Regional integration and south-south cooperation in health in Latin America and the Caribbean. Rev Panam Salud Publica. 2012; 32(5):368-375.

Carrillo Roa A, Baptista F. A Fiocruz como ator da política externa brasileira no contexto da CPLP: Uma história revelada. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, n. especial Bioética e Diplomacia em Saúde. Forthcoming 2014.

Capella AC. Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas. BIB, São Paulo, 1º semestre de 2006; 61:25-52.

- Cellard A. A análise documental. In: A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. 2da edição. Petrópolis: Vozes. 2010. P.295-315.
- Chaturvedi S. South-South cooperation in health and pharmaceuticals: emerging trends in India-Brazil collaborations. RIS Discussion Paper 172. 2011 Mar, 41p.; Disponível em: <http://www.ris.org.in/images/RIS_images/pdf/dp172_pap.pdf> (Acesso em: 07/05/2013).
- Chaves GC, Vieira MF, Reis R. Access to medicines and intellectual property in Brazil: Reflections and strategies of civil society. Sur International Journal of Human Rights. Junho 2008; 5(8):163-189
- Chenoy KM. Plurilateralism and the global south. Draft Version. 2010. Disponível em: <<http://www.ipc-undp.org/pressroom/files/ipc138.pdf>> (Acesso em: 25/11/2012).
- Chopra M, Lawn JE, Sanders D, Barron P, et al. Achieving the health Millenium Development Goals for South Africa: challenges and priorities. Lancet. 2009; 374:1023-1031.
- Conectas. IBAS 10 anos depois: Um balanço do Bloco Índia, Brasil e África do Sul Passados 10 anos de criação do Ibas (Índia, Brasil e África do Sul), Conectas propõe uma leitura crítica do bloco. 06 de Novembro de 2013. Disponível em: <<http://www.conferenciapoliticaexterna.org.br/index.php/todas-as-noticias/13-internacional/275-ibas-10-anos-depois-um-balanco-do-bloco-india-brasil-e-africa-do-sul-passados-10-anos-de-criacao-do-ibas-india-brasil-e-africa-do-sul-conectas-propoe-uma-leitura-critica-do-bloco>> (Acesso em: 19/05/2014)
- Costa RC. Descentralização, financiamento e regulação: A reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. Rev. Sociol. Polit. Jun. 2002; 18: 49-71.
- Du Preez M. Is three a crowd or a coalition? India, Brazil and South Africa in the WTO [dissertation]. Stellenbosch: University of Stellenbosch; 2007. Disponível em: <<http://scholar.sun.ac.za/handle/10019.1/2694>> (Acesso em: 01/04/2013).
- Eustis J. Agenda-setting the universal service case. Dissertation. Blacksburg, Virginia, 2000.
- Faria CA, Nogueira JL, Lopes DB. Coordenação intragovernamental para a implementação da política externa brasileira: o caso do Fórum IBAS. DADOS Revista de Ciências Sociais. 2012; 55(1):173-220.
- Faria JE P. Cap. 2 - Apreensões de medicamentos genéricos em portos europeus: a confusão deliberada entre contrafação e genéricos. In: Faria JEP. Apreensões de medicamentos genéricos em portos europeus e a agenda anticontrafação: implicações para o acesso a medicamentos. Coleção: Políticas Públicas 9. ABIA: Rio de Janeiro, 2011. p. 15-34.
- Fernandes EB. O Fórum de Diálogo IBAS sob uma perspectiva teórico-conceitual. Século XXI. 2012 Jul-Dec; 3(2):117-138.
- Fiori JL. O Sistema Interestatal Capitalista no Início do Século XXI. In: JL Fiori, C. Medeiros & F. Serrano (Org.), O Mito do Colapso do Poder Americano. Rio de Janeiro: Ed. Record. 2008. pp. 11-70.
- Flemes D. India-Brazil-South Africa (IBSA): South-South cooperation or trilateral diplomacy in world Affairs? In: IPC-IG/PNUD. Poverty in Focus 20, Brasília: IPC-IG/PNUD, 2010 Aug; p.15-17.
- Flemes D. India-Brazil-South Africa (IBSA) in the new global order: interests, strategies and values of the emerging coalition. Int Stud. 2009; 46(4):401-421.
- Françoso M, Strachman E. A indústria farmacêutica no Brasil e na Índia: um estudo comparativo. Revista de Economia. jan./abr. 2013. 39(1):91-112.

Gersick CJG. A Multilevel Exploration of the Punctuated Equilibrium. *The Academy of Management Review*. 1991; 16(1):10-36.

Giaccaglia C. El accionar de India, Brasil y Sudáfrica (IBSA) en las negociaciones mundiales en materia de salud. La cuestión de las patentes farmacéuticas. *Pap. Polit. Bog.* 2010 Ene-Jul; 15(1):285-305.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Editora Atlas. 4ta edição, 2002. 175 pp.

Grindle M, Thomas M. Public choices and policy change: The political economy of reform in developing countries. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1991.

Globo. Lula visita Índia para garantir aliança estratégica e cooperação entre países. 03 de Junho de 2007. Disponível em: < <http://g1.globo.com/Noticias/Mundo/0,,AA1555130-5602,00-LULA+VISITA+INDIA+PARA+GARANTIR+ALIANCA+ESTRATEGICA+E+COOPERACAO+ENTRE+PAIS.html> >. (Acesso em: 25/05/2014)

Gondelberg M. A arte de pesquisar. Como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 8va edição. Rio de Janeiro: Ed. Record. 2004. 107 pp.

Held D, Macgrew A, Goldblatt D, Perraton J. Rethinking Globalization: An Analytical Framework. In: David Held & Anthony Mcgrew (Ed.), *The Global Transformations Reader – An introduction to the Globalization Debate*, 2nd Edition, Cambridge, UK: Polity Press and Blackwell Publishing Ltd, 2003. pp.67–74.

Hirst M, Lima MRS, Vieira MA. Os desafios internacionais e domésticos da cooperação Sul-Sul. In: *Vozes do Sul e agenda global: África do Sul, Brasil e Índia*. São Paulo: HUCITEC, 2012, p. 9-26.

Howlett M. Issue-Attention and Punctuated Equilibria Models Reconsidered: An Empirical Examination of the Dynamics of Agenda-Setting in Canada. *Canadian Journal of Political Science / Revue canadienne de science politique*. 1997; 30(1):3-29.

IBSA – Portal Índia. Disponível em: < <http://ibsa.nic.in/index.html> > (Acesso em 14/05/2014).

IberBLH. Misión de prospección en Sudáfrica. 2011. Disponível em: < http://www.iberblh.icict.fiocruz.br/index.php?option=com_content&view=article&id=356%3Asudaricanov2011&catid=31%3Ageneral&Itemid=1 >. (Acesso em: 22/08/2014).

Jones C. *An Introduction to the Study of Public Policy*. Belmont, CA: Wadsworth, 1970.

Jones BD and Baumgartner FR. *The Politics of Attention: How Government Prioritizes Problems*. Chicago, IL: University of Chicago Press, 2005.

Karim SSA, Churchyard GJ, Karim QA, Lawn SD. HIV infection and tuberculosis in South Africa: an urgent need to escalate the public health response. *Lancet*. 2009. 374:921-933.

Kharas H. The new reality of aid. 2007. Disponível em: http://www.brookings.edu/~media/research/files/papers/2007/8/aid%20kharas/08aid_kharas.pdf (Acesso em: 21/07/2013).

Khorakiwala H. Pharma keeps Indo-Brazilian trade in shape. 08/08/2007. Disponível em: < <http://www.financialexpress.com/news/pharma-keeps-indobrazilian-trade-in-shape/209102> >. (Acesso em: 20/05/2014).

Kickbusch I. Moving global health governance forward. In: Buse K, Hein I, Drager N, editors. *Making sense of global health governance: a policy perspective*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2009, p.320-339.

- Kingdon JW. Formação da Agenda. (1995) In: Saraiva E, Ferrarezi E. Políticas Públicas: Coletânea – Volume 1. Brasília: ENAP, 2006, p.219-245.
- Kingdon JW. Agendas, Alternatives, and Public Policies. 3ra ed. New York: Harper Collins, 2003.
- Lal, R. Health innovation, IPR and Access to essential drugs in IBSA countries. . In: IPC-IG/PNUD. Poverty in Focus 21. What can IBSA offer to the Global Community?. Brasília: IPC-IG/PNUD, 2010 Aug; p. 17-19.
- Lasswell H. The Decision Process. College Park, MD: University of Maryland Press, 1956.
- Lechini G. IBSA: una opción de cooperación Sur-Sur. In: Giron A, Correa E, coord. Del Sur hacia el Norte: economía política del orden económico internacional emergente. Buenos Aires: CLACSO, 2007 Out, p.271-285.
- Leite I. Cooperação Sul-Sul: conceito, história e marcos interpretativos. Observador On-line. 2012 Mar; 7(3):1-40.
- Lengyel M, Thury V, Malacalzavan B. La eficacia de la ayuda al desarrollo en contextos de fragilidad estatal: Haití y la cooperación latinoamericana. Serie Avances de Investigación. 2010 Jan, 34:90p.
- Lima SMR. Brasil e polos emergentes do poder mundial: Rússia, Índia, China e África do Sul. In: Renato Baumann, org. O Brasil e os demais BRICS – Comércio e Política. Brasília: CEPAL/IPEA, 2010, p.155-179.
- Maffezzolli EC, Boehs CGE. Uma reflexão sobre o estudo de caso como método de pesquisa. Rev. FAE, jan./jun. 2008; 11(1):95-110.
- Magalhães J, Antunes A, Boechat N. Laboratórios farmacêuticos oficiais e sua relevância para saúde pública do Brasil. Revista Eletrônica de Comunicação, Inovação e Informação em Saúde–RECIIS. 2011, 5:110-125.
- Mallmann LC. Cooperação no setor de políticas sociais: Da bilateralidade Brasil-África do Sul à Multilateralidade IBAS. (Tese). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/18441>> (Acesso em: 26/01/2014).
- Mauchlin K. Official government justifications and public ARV provision: A comparison of Brazil, Thailand and South Africa. Aids2031 Working Paper N°1. Centre for Social Science Research Aids and Society Research Unit. Disponível em: <<http://www.aids2031.org/pdfs/wp/leadership-wp1.pdf>> (Acesso em: 26/01/2014).
- Mbaya S. A África do Sul e Austral: Perspectivas na segurança humana. In: A África do Sul e o IBAS: Desafios da segurança humana. Konegny F, Dada J (org). Porto Alegre: UFRGS Editora/FUNAG/MRE, 2007. pp. 85-102.
- Moura GF. O diálogo Índia, Brasil, África Do Sul – IBAS balanço e perspectivas. In: Fundação Alexandre de Gusmão. III CNPEPI: O Brasil no mundo que vem aí: Seminário IBAS. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão; 2009, p. 13-40. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/temas-mais-informacoes/saiba-mais-ibas/livros-e-textos-academicos/iii-conferencia-nacional-de-politica-externa-e-politica-internacional-ibas-1>> (Acesso em: 26/06/2013).
- MRE. Web site institucional. Fórum de Diálogo Índia-Brasil-África do Sul – IBAS. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/temas/mecanismos-inter-regionais/forum-ibas>> (Acesso em 06/01/2014).
- MRE. Web site institucional. Fundo IBAS. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/temas-mais-informacoes/saiba-mais-ibas/fundo-ibas>> (Acesso em 08/07/2013).

- MRE. Web site institucional. Declaração de Brasília. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/temas-mais-informacoes/temas-mais-informacoes/saiba-mais-ibas/documentos-emitidos-pelos-chefes-de-estado-e-de/declaracao-de-brasil/view>> (Acesso em 08/07/2013).
- Mucciaroni G. The Garbage Can Model and the study of policy making: A critique”. *Polity*. 1994; 24(3):459-482.
- Nakamura R. The Textbook Process and Implementation Research. *Policy Studies Review*. 1987, 1:142–154.
- Nogueira JLM. A articulação doméstica da burocracia brasileira para a implementação das ações política do Fórum IBAS. In: Hirts M; Lima MRS; Vieira MA, orgs. *Voices do Sul e agenda global. África do Sul, Brasil e Índia*. São Paulo: Hucitext, 2012. p.284-311.
- Nogueira J. A articulação doméstica da burocracia brasileira para a implementação das ações do Fórum IBAS [dissertation]. Minas Gerais: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; 2009. Disponível em: <http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/RelInternac_NogueiraJL_1.pdf> (Acesso em: 06/01/2014).
- Oliveira MF. Alianças e coalizões internacionais do governo Lula: O IBAS e o G20. *Ver. Bras. Polít. Int.* 2005. 8(2):55-69.
- Orsi F, Hasenclever L, Fialhio B, Tigre P, Coriat B. Intellectual property rights, anti-AIDS policy and generic drugs: Lessons from the Brazilian Public Health Program. In: ANRS: Economics of AIDS and access to HIV/AIDS care in developing countries: issues and challenges. Paris: ANRS, 2003, p.109-135.
- Paul D. Path dependence – a foundational concept for historical social science. *Cliometrica*, Summer 2007, 1(2):1-23.
- Pêgo R, Almeida C. Teoría y prácticas de las reformas de los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. *Cad Saúde Pública*. Jul/Ago 2002, 18(4):971-989.
- Penna Filho P. África do Sul e Brasil: diplomacia e comércio (1918-2000). *Rev. Bras. Polít. Int.* 2001. 44(1):69-93.
- Penna Filho P. A parceria africana: as relações Brasil - África do Sul. Belo Horizonte: Fino Traço; 2013.
- Pinheiro Letícia. Autores y actores de la política exterior brasileña. *Foreign Affairs Latinoamérica*. 2009. 9(2):14-24.
- Puente CAI. A cooperação técnica horizontal brasileira como instrumento da política externa: a evolução da cooperação técnica com países em desenvolvimento – CTPD – no período 1995-2005. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão/MRE; 2010.
- Ravishankar, N.; Gubbins, P.; Cooley, R. J.; Leach-Kemon, K.; Michaud, C. M.; Jamison, D. & Murray, C. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. *The Lancet*, v. 373, p. 2113-2124, 2009.
- RoA Committee. South-South development cooperation: a challenge to the aid system? In: RoA Special Report on South-South Cooperation. 2010. p.1-22.
- Robinson SE, Caver F, Meier KJ, O'Toole Jr LJ. Explaining Policy Punctuations: Bureaucratization and Budget Change. *American Journal of Political Science*. 2007; 51(1):140-150.
- Romanelli E, Tushman ML. Organizational Transformation as Punctuated Equilibrium: An Empirical Test. *The Academy of Management Journal*. 1994; 37(5):1141-1166.

- Rowlands D. 2008. Emerging donors in international development assistance: a synthesis report. IDRC. Canada. (Acesso em: 27/07/2013). Disponível em: <http://www.idrc.ca/EN/Documents/donors-international-development-synthesis-report.pdf>
- Ruger J, Nora Y. Emerging and transitioning countries' role in global health. *Saint Louis University Journal of Health Law and Policy*. 2010; 3:253-290.
- Sabatier PA. Toward Better Theories of the Policy Process. *PS: Political Science and Politics* 24. Jun 1991: 147–156.
- Sabatier PA. Policy change over a decade or more. In: Paul A. Sabatier and Hank Jenkins-Smith (Ed.), *Policy Change and Learning. An Advocacy Coalition Approach*, Boulder: Westview Press, 1993, pp.13-39.
- Sabatier PA. The need for better theories. In: Sabatier P, editor. *Theories of the policy process*. Boulder: Westview Press, 2007, p. 3-17.
- Sabatier P, Jenkins-Smith H. *Policy change and learning: An advocacy coalition approach*. Boulder, CO: Westview Press. 1993.
- Santana, JP. Um olhar sobre a cooperação Sul-Sul em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 2011; 16(6):2993-3002.
- Sanahuja J. *La cooperación al desarrollo en un mundo en cambio. Reflexiones desde nuevos ámbitos de intervención*. Madrid: CIDEAL; 2001.
- Sanahuja J. Entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la cooperación Sur-Sur: actores y políticas de la ayuda al desarrollo en América Latina y el Caribe. *Pensamiento Iberoamericano*. 2011; 8:195-222.
- Saraiva JF. O Brasil e o Conselho de Segurança das Nações Unidas. *Revista Brasileira de Política Internacional*. Março 2005; (56):11-14.
- Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*. Julho 2009; 1(1):1-15.
- Schaay M, Sanders D, Kruger V. *Overview of health sector reforms in South Africa*. HDRC, UKAid. Dezembro, 2011.
- Scholte JA. What is 'Global' about Globalization? In: David Held & Anthony McGrew (Ed.), *The Global Transformations Reader – An introduction to the Globalization Debate*, 2nd, Edition, Cambridge, UK: Polity Press and Blackwell Publishing Ltd, 2003, pp.84–91.
- Securing Industry. India, Brazil file WTO complaints over generic drug seizures. 12/05/2010 Disponível em: <<http://www.securingindustry.com/pharmaceuticals/india-brazil-file-wto-complaints-over-generic-drug-seizures/s40/a469/>>. (Acesso em: 12/01/2014).
- Soule-Kohndou F. *The India-Brazil-South Africa Forum A Decade On: Mismatched Partners or the Rise of the South? The Global Economic Governance Programme University of Oxford*. GEG Working Paper 2013/88. November 2013. 35p.
- Sotero P. Introduction. In: *Emerging Powers: India, Brazil and South Africa (IBSA) and the future of South-South cooperation*. Woodrow Wilson International Center for Scholars, Special Report, 2009, Aug, p.1-4. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/temas-mais-informacoes/saiba-mais-ibas/livros-e-textos-academicos/emerging-powers-india-brazil-and-south-africa-ibsa-and-the-future-of-south-south-cooperation/view>> (Acesso em: 02/07/2013).
- Souza FF. IBSA: a Brazilian perspective. In: *Woodrow Wilson International Center for Scholars. Emerging powers: India, Brazil and South Africa (IBSA) and the future of South-South cooperation*.

- Woodrow Wilson International Center for Scholars, Special Report, 2009 Aug, p. 8-13. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/temas-mais-informacoes/saiba-mais-ibas/livros-e-textos-academicos/emerging-powers-india-brazil-and-south-africa-ibsa-and-the-future-of-south-south-cooperation/view>> (Acesso em: 02/07/2013).
- Stuenkel O. South-South Cooperation: Do the IBSA working groups make a difference? 14 Fev, 2014a. Disponível em: <<http://www.postwesternworld.com/2014/02/13/cooperation-working-matter/>> (Acesso em: 29/06/2014).
- Stuenkel O. Is IBSA dead? 04 Jul, 2014b. Disponível em: <<http://www.postwesternworld.com/2013/07/04/is-ibsa-dead/>> (Acesso em: 06/07/2014).
- Sweet C. Regulating the Tigers: The Institutional Dynamics of Indo-Brazilian Trade Reflections from the Pharmaceutical Sector. ELSNIT Conference Institutional Dimensions of Integration and Trade, Barcelona, 2007.
- Taylor, I. Has the BRICS killed IBSA? 15 de Agosto de 2012. Disponível em: <<http://www.safpi.org/worldview/ian-taylor-has-brics-killed-ibsa>>. (Acesso em: 06/07/2014).
- Tepper SJ. Setting agendas and designing alternatives: Policymaking and the strategic role of meetings. *Review of Policy Research*, 2004. 21(4):523-542.
- Thom A. PHC the cornerstone of NHI – Minister. 30 de Setembro, 2010. Disponível em: <<http://www.health-e.org.za/2010/09/30/phc-the-cornerstone-of-nhi-minister/>>. (Acesso em: 21/08/2014).
- Tobar F, Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública. Conselho e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2004. 170 pp.
- Tomlinson M. Maternal mental health in the context of community-based home visiting in a re-engineered primary health care system: A case study of the Philani Mentor Mothers Programme. Institute of Development Studies. Brief Supporting Evidence Report 67. Abril, 2014.
- Torrenteguy MA. O papel da cooperação internacional para a efetivação de direitos humanos: o Brasil, os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa e o direito à saúde. *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. 2010 Mar; 4(1):58-67.
- True JL, Jones BD, Baumgartner FR. Punctuated Equilibrium Theory' in (ed.) P. Sabatier *Theories of the Policy Process* 2nd Edition, Cambridge MA: Westview Pres, 2007.
- Van der Heijden J. Different but equally plausible narratives of policy transformation: A plea for theoretical pluralism. *International Political Science Review*. 2013; 34(1) 57-73.
- Vaz AC. IBSA: the prospects of a plurilateral arrangement. In: IPC-IG/PNUD. *Poverty in Focus 21. What can IBSA offer to the Global Community?*. Brasília: IPC-IG/PNUD, 2010 Aug; p. 26-27.
- Vaz AC. Coaliciones internacionales en la política exterior brasileña: seguridad y reforma de la gobernanza. *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*. 2012 Abr; 97-98:175-187.
- Vigevan, T; Cepaluni, G. A política externa de Lula da Silva: a estratégia da autonomia pela diversificação. *Contexto Internacional*, jul/dez 2007. 29(2):273-335.
- Visentini P, Pereira A. As bases do IBAS: o desenvolvimento e a inserção internacional da Índia, do Brasil e da África do Sul. In: Fundação Alexandre de Gusmão. III CNPEPI: O Brasil no mundo que vem aí: Seminário IBAS. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão; 2009, p.41-87. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/temas-mais-informacoes/saiba-mais-ibas/livros-e-textos-academicos/iii-conferencia-nacional-de-politica-externa-e-politica-internacional-ibas-1>> (Acesso em: 26/06/2013).

Waisbich, L. O IBAS 10 anos depois. 5 de Novembro de 2013. Disponível em: <<http://www.conectas.org/pt/acoes/politica-externa/noticia/6469-ibas-10-anos-depois>>. (Acesso em: 03/12/2013).

Walt G. Health policy: an introduction to process and power. Witwatersrand University Press: Johannesburg. 1994.

Walt G, Shiffman J, Schneider H, Murray S, Brugha R, Gilson L. 'Doing' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. Health Policy and Planning 2008; 23:308–317.

White L. IBSA seven years on: cooperation in a new global order. In: IPC-IG/PNUD. Poverty in Focus 21. What can IBSA offer to the Global Community?. Brasília: IPC-IG/PNUD, 2010 Aug; p.3-5.

White L. IBSA: a state of art. [data desconhecida] 14p. Disponível em: <<http://www.ipc-undp.org/ipc/doc/ibsa/papers/ibsa3.pdf>> (Acesso em: 06/01/2013).

Yin RK. Estudo de caso: Planejamento e métodos. 2da edição. Porto Alegre: Bookman. 2001. 205 pp.

Zakaria, F. The Post-American World. Estados Unidos: W. W. Norton & Company, 2008.

Zarocostas J. Brazil and India file complaint against EU over seizure of generic drugs. BMJ 2010; 340.

REFERÊNCIAS DOCUMENTAIS

ABC. Brazil – South Africa Technical Support to South African Human Milk Banks. Technical Cooperation among Developing Countries BRA/04/043. Novembro, 2011. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/siscoop/pais/index.jsf>>. (Acesso em: 22/08/2014)

Academia Brasileira de Ciências. Relatório de atividades 2009-2010. Academia Brasileira de Ciências. 2009. 60p. Disponível em: <<http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-564.pdf>> (Acesso em: 19/01/2014).

Academia Brasileira de Ciências. Relatório anual de atividades 2011: Academia Brasileira de Ciências. 2011. 56p. Disponível em: <<http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-2317.pdf>> (Acesso em: 19/01/2014).

Acordo entre a República Federativa do Brasil e a República da Índia em Cooperação de Ciência e Tecnologia. Brasília, 12 de setembro de 2006. Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2006/b_139> (Acesso em: 26/01/2014)

Acordo sobre Cooperação Técnica. Cidade do Cabo, 1ro de março de 2000. Decreto nº 4.824, de 2 de setembro de 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4824.htm> (Acesso em: 26/01/2014).

Aide Memoire. Articulação entre os Grupos de Trabalho de Saúde e Ciência e Tecnologia do Foro Índia, Brasil e África do Sul. Fiocruz. 16 de junho de 2009. 2p.

Ajuste Complementar ao Acordo sobre Cooperação nos Campos da Ciência e Tecnologia na Área de Saúde e Medicina. Brasília, 5 de maio de 1998. Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1998/b_23> (Acesso em: 26/01/2014).

Caeni-USP. Domingues A. Ciência e Tecnologia: prioridade estratégica do IBAS. 9 de Agosto de 2013. Disponível em: <<http://caeni.com.br/blog/?p=379>>. Acesso em (11/08/2014).

Chamada MCTI-CNPq N ° 12/2013. Cooperação MCTI-CNPq/DBT (Índia). Disponível em: <http://www.cnpq.br/web/guest/chamadas-publicas?p_p_id=resultadosportlet_WAR_resultadoscnpqportlet_INSTANCE_0ZaM&filtro=abertas&detalha=chamadaDivulgada&idDivulgacao=3001> (Acesso em: 26/01/2014)

Chamada N° 13/2012. Cooperação MCTI-CNPq/DST (Índia). Disponível em: <http://www.cnpq.br/web/guest/chamadas-publicas?p_p_id=resultadosportlet_WAR_resultadoscnpqportlet_INSTANCE_0ZaM&filtro=abertas&detalha=chamadaDivulgada&idDivulgacao=3041> (Acesso em: 26/01/2014)

Chamada MCTI/CNPq N°16/2013 Programa IBAS. Disponível em: <<http://resultado.cnpq.br/5711727602874023>> (Acesso em:01/04/2013).

CNPq. Programa IBAS – Projetos em Execução. Outubro de 2010.

Comunicado Conjunto Brasil-Índia. Nova-Delhi, 21 de Outubro de 2003. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/sala-de-imprensa/notas-a-imprensa/2003/10/21/comunicado-conjunto-brasil-india-nova-delhi-21-de>> (Acesso em: 26/01/2014)

Comunicado Ministerial de Cape Town. 11 de março de 2005. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/temas-mais-informacoes/temas-mais-informacoes/saiba-mais-ibas/documentos-emitidos-pelos-chefes-de-estado-e-de/2nd-ibsa-ministerial-meeting-communicue/view>> (Acesso em: 15/04/2013).

6th IBSA Ministerial Meeting Communiqué. Brasília - September 1st, 2009. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/temas-mais-informacoes/temas-mais-informacoes/saiba-mais-ibas/documentos-emitidos-pelos-chefes-de-estado-e-de/6a-ibsa-ministerial-meeting-communicue/view>> (Acesso em: 15/06/2014).

Declaração Conjunta sobre a Agenda Brasil-Índia para Cooperação Científica e Tecnológica. Nova Delhi, 25 de Janeiro de 1996. Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1996/b_4/> (Acesso em: 26/01/2014)

Declaração Conjunta. I Reunião de Cúpula do IBAS - Brasília, 13 de setembro de 2006. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/temas-mais-informacoes/saiba-mais-ibas/documentos-emitidos-pelos-chefes-de-estado-e-de/i-reuniao-de-cupula-do-ibas-declaracao-conjunta/view>> (Acesso em: 15/06/2014).

Declaração de Brasília. Brasília, 6 de Junho de 2003. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/temas-mais-informacoes/temas-mais-informacoes/saiba-mais-ibas/documentos-emitidos-pelos-chefes-de-estado-e-de/declaracao-de-brasilvia/view>> (Acesso em: 15/04/2013).

Declaração de Doha. 20 de Novembro de 2001. Disponível em: <http://www.wto.org/spanish/thewto_s/minist_s/min01_s/mindecl_trips_s.htm> (Acesso em: 26/01/2014).

Declaração do Rio sobre Ciência e Tecnologia do IBAS. 10 de Junho de 2005.

Declaração de Intenções sobre Cooperação na Área da Saúde. Brasília, 13 de Dezembro de 2000. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/1550450/pg-98-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-27-12-2000>> (Acesso em: 26/01/2014).

Declaração sobre o estabelecimento de uma parceria estratégica entre a República Federativa do Brasil e a República da África do Sul. 9 de julho de 2010. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/sala-de-imprensa/notas-a-imprensa/ato-assinado-por-ocasio-da-visita>>

[do-presidente-luiz-inacio-lula-da-silva-a-africa-do-sul-2013-8-e-9-de-julho-de-2010](#)>. (Acesso em: 20/08/2014).

Edital CT-INFO/CT-HIDRO/CNPq nº 40/2007 – Brasil-Índia. Disponível em: <<http://resultado.cnpq.br/9495437187319088>> (Acesso em: 26/01/2014).

Edital MCT/CNPq #45/2009. Programa de Apoio à Cooperação Científica e Tecnológica Trilateral entre Índia, Brasil e África do Sul – PROGRAMA IBAS. Disponível em: <http://www.cnpq.br/web/guest/chamadas-publicas?p_p_id=resultadosportlet_WAR_resultadoscnpqportlet_INSTANCE_0ZaM&filtro=resultados&detalha=chamadaDetalhada&exibe=exibe&idResultado=348-1-959&id=348-1-959>. (Acesso em: 30/01/2014).

Fonseca, LE. Relatório Missão Oficial a África do Sul (Pretória) 4-9 Maio, 2010. Rio de Janeiro, 13/05/2010.

Fórum de Diálogo Índia-Brasil-África do Sul (IBAS). 2011. 5p.

India-Brazil-South Africa (IBSA). HIV Vaccine Workshop. Workshop Report. Cape Town, 2-4 October, 2005. 33p.

International Relation and Cooperation of South Africa. President Jacob Zuma to undertake State Visit to Brazil. 08-09 Outubro, 2009. Disponível em: <<http://www.dfa.gov.za/docs/2009/braz1006a.html>>. (Acesso em: 21/08/2014).

International Relation and Cooperation of South Africa. Media Statement on President Lula da Silva' State Visit to South Africa. 8-11 Julho, 2010. Disponível em: <<http://www.dfa.gov.za/docs/2010/braz0706.html>>. (Acesso em: 21/08/2014).

I Meeting of the Joint Committee on Scientific and Technological Cooperation. Brasília, 29 de Maio, 2009.

Maia M. Relato de Pretória – Missão África do Sul. 2009.

Mandela N. *Speech by President Nelson Mandela at a luncheon in his honour hosted by his excellency President Fernando Henrique Cardoso of the Federative Republic of Brazil*. Brasília, 22 July 1998. Disponível em: <<http://www.anc.org.za/nelson/show.php?id=3025>> (Acesso em: 26/01/2014)

Memorando de Entendimento em Cooperação na Área da Saúde e Medicina entre o Governo da República Federativa do Brasil, o Governo da República da Índia e o Governo da República da África do Sul. 17 de outubro de 2007. Disponível em: <<http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/multilaterais/memorando-de-entendimento-em-cooperacao-na-area-de-saude-e-medicina-entre-o-governo-da-republica-federativa-do-brasil-o-governo-da-republica-da-india-e-o-governo-da-republica-da-africa-do-sul/>> (Acesso em: 15/06/2014)

Memorando de Entendimento relativo a Consultas sobre Assuntos de Interesse Comum. Brasília, julho de 1998. Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1998/b_36/> (Acesso em: 26/01/2014)

Ministério de Ciência e Tecnologia (MCT). Relatório de Grupos de Trabalho. (s.d.). Disponível em: <<ftp://ftp.mct.gov.br/Unidades/ASCIN/IBSA/Malaria%20Workshop%20-%20IBAS%20S&T,%20march%2007-08,%20Brazil/Documents/Draft%20of%20the%20IBSA%20Booklet%20in%20Malaria/WS-Mal%20Eria%20Info%20Ingl%20EAs.doc>> (Acesso em: 26/04/2014).

Ministério de Ciência e Tecnologia (MCT). Minutes of the IBSA Workshop in Malaria, 07 e 08 de março de 2006. (Acesso em 15/07/13) Disponível em:

<<http://www.mmnt.net/db/0/0/www.redebrasil.gov.br/Unidades/ASCIN/IBSA/Malaria%20Workshop%20-%20IBAS%20S&T,%20march%202007-08,%20Brazil/Documents>> (Acesso em: 01/04/2013).

Ministério de Ciência e Tecnologia (MCT). Assessoria de Assuntos Internacionais. Cooperação Científico-Tecnológica no Fórum IBAS (Brasil, Índia e África do Sul). Brasília, 2011.

Minutes of the First Meeting of the Joint Committee on Scientific and Technological Cooperation. Brasília, 29 de Maio, 2009.

Programa de Apoio à Cooperação Científica e Tecnológica Trilateral entre Índia, Brasil e África do Sul. Programa IBAS. N.º 137 – DOU de 19/07/05. Portaria N.º 481, de 15 de Julho de 2005. Disponível em: <<http://www.cnpq.br/web/guest/ibas>> (Acesso em: 01/04/2013).

Report of participation in the Trilateral Workshop on Research in Tuberculosis under aegis of IBSA Stellenbosch, Cape Town, South Africa. 13-14 November, 2006.

Summary Record of Proceedings of the Meeting of the IBSA Ministers of Health Held at New Delhi. 29 de Julho de 2009.

Sumário do Encontro do IBAS na área de Tuberculose (TB). Cidade do Cabo, África do Sul. 13 e 14 de novembro de 2006.

Temporão J. Discurso de Abertura. Reunião de Ministros da Saúde do Fórum de Diálogo Trilateral Índia-Brasil-África do Sul (IBAS). 29 de julho de 2008. 3p.

ANEXO I. DOCUMENTOS DO BANCO DE DADOS DA PESQUISA

N°	Tipo de Documento/Data/Acesso	Síntese do Conteúdo, principalmente relativo à Saúde
Cooperação Bilateral Brasil-Índia		
1	Acordo entre a República Federativa do Brasil e a República da Índia sobre Cooperação nos Campos da Ciência e Tecnologia. Nova Délhi, 22 de julho de 1985. Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1985/b_29 > (Acesso em: 26/01/2014)	<ul style="list-style-type: none"> •Estabelece a promoção e o desenvolvimento da cooperação nos campos da ciência e tecnologia entre os dois países com base na igualdade e nas vantagens recíprocas, porém, não define as áreas em que tal cooperação é desejável. Também define, entre outras coisas, as modalidades da cooperação e as formas de despesas e estabelece um período de cinco anos de vigência, renováveis por outros cinco anos.
2	Declaração Conjunta sobre a Agenda Brasil-Índia para Cooperação Científica e Tecnológica. Nova Délhi, 25 de Janeiro de 1996. Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1996/b_4/ > (Acesso em: 26/01/2014)	<ul style="list-style-type: none"> •Brasil e Índia entendem que sua cooperação bilateral no que se refere a projetos de pesquisa e desenvolvimento deve ser empreendida especialmente nas áreas de biotecnologia aplicada a agricultura e medicina humana, pesquisa climática, ciências do mar, novos materiais, supercondutividade e energias renováveis. •Para alcançar esse objetivo, ambos países concordam em estabelecer uma agenda comum como base para consultas e cooperação que incluirá, inter-alia, a organização de <i>workshops</i> relativos às áreas acima identificadas, bem como sobre tecnologias com impacto social, transferência tecnológica e formação de <i>joint ventures</i>.
3	Ajuste Complementar ao Acordo sobre Cooperação nos Campos da Ciência e Tecnologia na Área de Saúde e Medicina. Brasília, 5 de maio de 1998. Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1998/b_23/ > (Acesso em: 26/01/2014).	<ul style="list-style-type: none"> •Define dez áreas prioritárias para a cooperação em saúde entre Índia e Brasil: 1. biotecnologia em saúde e fármacos. a) <i>screening</i> de plantas medicinais e produtos naturais para atividades antivírus, anti-bactérias e anti-protozoários, b) desenvolvimento de novas vacinas e fármacos, c) desenvolvimento de kits de diagnóstico para as principais endemias dos dois países; 2. Epidemiologia a) desenvolvimento e aperfeiçoamento de técnicas e estratégias para vigilância epidemiológica, b) identificação de agravos de saúde pública; 3. Vigilância sanitária, a) normatização do registro de medicamentos, b) normatização de medicamentos importados, c) controle de qualidade de medicamentos, d) fitofarmácia, e) metodologia para inspeção de unidades farmacêuticas (<i>Good Manufacturing Practices GMP</i>); 4. Gestão de Sistemas de Saúde Pública, a) gestão colegiada–estabelecimento de Conselhos de Saúde, b) regulamentação aplicada à incorporação tecnológica de equipamentos e troca de informação e experiência sobre correlatos, c) metodologia para monitoramento de programas relativos à saúde e ao bem-estar da família–acompanhamento e avaliação de programas e formulação de estratégias de vinculação dos mesmos à rede de serviços de saúde; 5. Medicina Tradicional; 6. Farmacologia e fármacos; 7. Doenças infecciosas e Parasitologia; 8. Saúde materno-infantil e planejamento familiar; 9. Saúde ocupacional; 10. Medicina Tropical. •Define as modalidades de cooperação. •Propõe o estabelecimento de um Grupo de Trabalho Permanente para a discussão e formulação de Planos de Ação.

4	Portaria MCT nº 699, de 28.10.2002 - Norma Revogada. Disponível em: < http://www.mct.gov.br/index.php/content/view/14612.html > (Acesso em: 26/01/2014).	<ul style="list-style-type: none"> •Designa os integrantes do Conselho Científico Brasil-Índia previsto no Memorando de Entendimentos assinado, em 05.07.2001, com o Ministério da Ciência e Tecnologia da República da Índia sobre cooperação em Ciência e Tecnologia.
5	Comunicado Conjunto Brasil-Índia. Nova-Delhi, 21 de Outubro de 2003. Disponível em: < http://www.itamaraty.gov.br/sala-de-imprensa/notas-a-imprensa/2003/10/21/comunicado-conjunto-brasil-india-nova-delhi-21-de > (Acesso em: 26/01/2014)	<ul style="list-style-type: none"> •Aborda temas tanto de natureza multilateral quanto bilateral, tratados durante a primeira reunião da Comissão Mista Brasil-Índia. •Segundo o Comunicados, nessa reunião, foram criados Grupos de Trabalho nas seguintes áreas de cooperação: ciência e tecnologia, espacial, temas sociais, saúde, energia, transportes, agricultura, turismo, comércio, cultura e educação. Os grupos mantiveram conversas preliminares nas diferentes áreas de interesse comum e concordaram em continuar a cooperação bilateral. •Incentivar a cooperação bilateral em ciência e tecnologia incluindo importantes setores como tecnologia da informação, biotecnologia e pesquisa espacial. Nesse contexto, os Chanceleres acordaram convocar uma reunião do Conselho Científico Brasil-Índia.
6	Portaria MCT nº 37, de 23.01.2004 - Norma Revogada. Disponível em: < www.mct.gov.br/index.php/content/view/12789.html#inexistente > (Acesso em: 26/01/2014).	<ul style="list-style-type: none"> •Reconduz os membros do Conselho Científico Brasil-Índia, designados pela Portaria nº 699, de 28.10.2002.
7	Acordo entre a República Federativa do Brasil e a República da Índia em Cooperação de Ciência e Tecnologia. Brasília, 12 de setembro de 2006. Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/2006/b_139 > (Acesso em: 26/01/2014)	<ul style="list-style-type: none"> •Estabelece que a cooperação deve-se focalizar nas seguintes áreas: a) Biotecnologia; b) Química; c) Pesquisa climática; d) Ciências marítimas; e) Novos materiais; f) Matemática; g) Física; h) Fontes de energia sustentável e renovável; i) Espaço; j) Parceria Indústria-Pesquisa; k)Outros campos de cooperação poderão ser definidos conjuntamente pelas Partes. •Define as modalidades de cooperação. •Estabelece que os países deverão designar uma Comissão Mista de Cooperação Científica e Tecnológica, a qual deverá reunir-se no Brasil e na Índia, alternadamente, em datas a serem acordadas por via diplomática. •Define como funções da Comissão Mista: a) analisar e avaliar as questões principais relacionadas à implementação deste Acordo, tendo em vista a criação futura de pautas acordadas por ambas as Partes; b) examinar o progresso das atividades relacionadas a este Acordo; c) identificar novas áreas de cooperação a partir da informação produzida pelas instituições de cada país e políticas nacionais de ciência e tecnologia; d) criar condições favoráveis à implementação deste Acordo, assim como de programas e projetos conjuntos.

8	<p>Edital CT-INFO/CT-HIDRO/CNPq nº 40/2007 – Brasil-Índia. Disponível em: <http://resultado.cnpq.br/9495437187319088> (Acesso em: 26/01/2014).</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Convida os pesquisadores interessados a participar de uma seleção pública de propostas de visitas exploratórias, projetos conjuntos de pesquisa, desenvolvimento e inovação e eventos em C&T no âmbito da Cooperação Científica e Tecnológica com a Índia. •O apoio financeiro se dará exclusivamente nas seguintes áreas: Bioenergia; Ciências Moleculares e Materiais; Ciência da Computação; Ciência e Tecnologia Oceânica; Ciências Biomédicas e Biotecnologia; Ciências de materiais e Engenharia, incluindo Nanociências; Física; Matemática. •Aloca recursos totalizando R\$ 1.100.000,00 (um milhão e cem mil reais), a serem liberados de acordo com a disponibilidade orçamentária e financeira do CNPq, oriundos das ações transversais dos Fundos Setoriais, na Ação 3.7.1.6, a partir do Fundo Setorial de Recursos Hídricos (CT-HIDRO), no valor global de R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais), e do Fundo Setorial para Tecnologia da Informação (CT-INFO), no valor global de R\$ 600.000,00 (seiscentos mil reais).
9	<p>Chamada MCTI-CNPq N º 12/2013. Cooperação MCTI-CNPq/DBT (Índia). Disponível em: <http://www.cnpq.br/web/guest/chamadas-publicas?p_p_id=resultadosportlet_WAR_resultadoscnpqportlet_INSTANCE_OZaM&filtro=abertas&detalha=chamadaDivulgada&idDivulgacao=3001> (Acesso em: 26/01/2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Apoia projetos conjuntos de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação (P&D&I), no âmbito da Cooperação MCTI-CNPq/DBT, em um dos temas seguintes: a) Biotecnologia e saúde, especialmente produtos biotecnológicos; b) Agricultura, incluindo bioenergia. •Aloca recursos no valor global estimado de R\$ R\$ 1.400.000,00 (um milhão e quatrocentos mil reais), sendo R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) oriundos dos Fundos Setoriais e R\$ 900.000,00 (novecentos mil reais) do Programa Ciência sem Fronteiras (CNPq/MCTI) a serem liberados de acordo com a disponibilidade orçamentária e financeira do CNPq.
10	<p>Chamada Nº 13/2012. Cooperação MCTI-CNPq/DST (Índia). Disponível em: <http://www.cnpq.br/web/guest/chamadas-publicas?p_p_id=resultadosportlet_WAR_resultadoscnpqportlet_INSTANCE_OZaM&filtro=abertas&detalha=chamadaDivulgada&idDivulgacao=3041> (Acesso em: 26/01/2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Apoia projetos conjuntos de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação (P&D&I), no âmbito da Cooperação MCTI-CNPq/DST, em um dos temas seguintes: a) Tecnologias da Informação e Computação; b) Geociências, incluindo Oceanografia e Mudanças Climáticas; c) Engenharia, Ciência dos Materiais e Nanotecnologia; d) Ciências da saúde e biomédicas; e) Matemática; e f) Energias renováveis, eficiência energética, e tecnologias de baixo carbono. •Alocar recursos no valor global estimado de até R\$ 6.700.000,00 (seis milhões e setecentos mil reais), sendo R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais) oriundos dos Fundos Setoriais e R\$ 4.700.000,00 (quatro milhões e setecentos mil reais) do Programa Ciência sem Fronteiras (CNPq/MCTI) a serem liberados de acordo com a disponibilidade orçamentária e financeira do CNPq.
Cooperação Bilateral Brasil-África do Sul		
11	<p>Mandela N. Speech by President Nelson Mandela at a luncheon in his honour hosted by his excellency President Fernando Henrique Cardoso of the Federative Republic of Brazil. Brasília, 22 July 1998. Disponível em: <http://www.anc.org.za/nelson/show.php?id=3025> (Acesso em: 26/01/2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Enfatiza as semelhanças entre os dois países: “Both our countries have emerged from troubled pasts to establish democracy and build unity amongst our diverse societies. We share the need to overcome wide disparities between rich and poor. We both face tremendous challenges to eliminate poverty, create employment, provide housing, health and welfare services to the majority of our people.” •Chama a atenção para a cooperação Sul-Sul e a parceria entre as duas nações: “Our active roles in our respective regions and our common views on world trade, on the restructuring of the United Nations and on South-South Co-operation make us natural partners in the efforts to make our continents focal points of growth and prosperity in the next millennium.”

12	Memorando de Entendimento relativo a Consultas sobre Assuntos de Interesse Comum. Brasília, julho de 1998. Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/bilaterais/1998/b_36/ > (Acesso em: 26/01/2014)	•Apresenta alguns entendimentos, entre eles: 1.Os dois Governos realizarão consultas de alto nível, sempre que for necessário, para o exame da situação internacional e das condições e evolução das relações dos dois países; 4.Por decisão conjunta, poderão ser criados Grupos de Estudo ou de Trabalho para examinar questões específicas. Cada Delegação poderá incluir outras autoridades e/ou especialistas, quando apropriado, tendo em conta a agenda de cada reunião; 5.Os representantes de ambas as Partes acreditados junto às Nações Unidas e outros organismos internacionais poderão manter consultas em relação a temas de interesse comum, sempre que for necessário.
-----------	---	---

13	Acordo sobre Cooperação Técnica. Cidade do Cabo, 1ro de março de 2000. Decreto nº 4.824, de 2 de setembro de 2003. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4824.htm > (Acesso em: 26/01/2014).	<ul style="list-style-type: none"> • Os países comprometem-se a promover a cooperação técnica nas seguintes áreas de especial interesse mútuo: a) agricultura; b) educação; c) energia; d) indústria; e) meio ambiente e recursos naturais; f) mineração; g) micro e pequenas empresas; h) saúde; i) transporte e comunicações; j) privatização; k) navegação; e l) turismo. • Define as formas de cooperação.
14	Declaração de Intenções sobre Cooperação na Área da Saúde. Brasília, 13 de Dezembro de 2000. Disponível em: < http://www.jusbrasil.com.br/diarios/1550450/pg-98-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-27-12-2000 > (Acesso em: 26/01/2014).	<ul style="list-style-type: none"> • Os países manifestam o desejo de cooperar no campo da saúde em áreas tais como: Pesquisa na área de saúde; HIV/AIDS; Saúde em reprodução humana; Desenvolvimento de Recursos Humanos; Sistemas de Informação em Gerenciamento de Saúde; Medicamentos, fármacos e vacinas; Prestação de serviços especializados em saúde.
15	Maia M. Relato de Pretória – Missão África do Sul. 2009.	<ul style="list-style-type: none"> • Relata brevemente sobre os acontecimentos da missão exploratória a África do Sul, realizada entre 24 e 27 de março de 2009, no contexto dos preparativos para a I Reunião do Comitê Conjunto de Cooperação Científica Tecnológica (I CCCCT).
16	I Meeting of the Joint Committee on Scientific and Technological Cooperation. Brasília, 29 de Maio, 2009.	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta as iniciativas que foram identificadas como fundamentais para desenvolver a cooperação entre Brasil e África do Sul na primeira reunião do CCCCT. • Na área da saúde, o documento expressa que seria importante o estabelecimento de um plano de trabalho com ações conjuntas em biotecnologia, tecnologia e transferência de conhecimentos, envolvendo do lado brasileiro o MS e a Fiocruz; e do lado sul-africano o DS&T e o MRC.
17	Minutes of the First Meeting of the Joint Committee on Scientific and Technological Cooperation. Brasília, 29 de Maio, 2009.	<ul style="list-style-type: none"> • Relata algumas das falas das autoridades presentes na primeira reunião do CCCCT e lista os participantes de ambos os países.
18	Fonseca, LE. Relatório Missão Oficial a África do Sul (Pretória) 4-9 Maio, 2010. Rio de Janeiro, 13/05/2010.	<ul style="list-style-type: none"> • Resume as discussões e recomendações relacionadas ao tema da saúde compiladas pela missão oficial brasileira preparatória da visita do presidente Luiz Inácio Lula da Silva. • As áreas prioritárias de cooperação em saúde demandadas pela África do Sul foram pesquisa e tecnologia em saúde, medicamentos, vacinas e kits diagnósticos, HIV/AIDS, saúde reprodutiva, gestão hospitalar e de recursos humanos. Do lado brasileiro, as quatro áreas de interesse sugeridas foram a experiência brasileira em sistema de saúde universal, promoção do acesso a medicamentos, propriedade intelectual e reforço do complexo industrial da saúde.
19	International Relation and Cooperation of South Africa. Media Statement on President Lula da Silva' State Visit to South Africa. 8-11 Julho, 2010. Disponível em: < http://www.dfa.gov.za/docs/2010/braz0706.html >. (Acesso em: 21/08/2014).	<ul style="list-style-type: none"> • Relata um pouco do histórico da Comissão Mista Brasil-África do Sul e lista os resultados esperados da visita do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva ao país africano.

20	Declaração sobre o estabelecimento de uma parceria estratégica entre a República Federativa do Brasil e a República da África do Sul. 9 de julho de 2010. Disponível em: < http://www.itamaraty.gov.br/sala-de-imprensa/notas-a-imprensa/ato-assinado-por-ocasio-da-visita-do-presidente-luiz-inacio-lula-da-silva-a-africa-do-sul-2013-8-e-9-de-julho-de-2010 >. (Acesso em: 20/08/2014).	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelece uma parceria estratégica entre Brasil e África do Sul para intensificar a cooperação nos campos político, diplomático, da administração pública, de governança, econômico, comercial, sociocultural, científico, tecnológico, de defesa, agrícola, energético, da juventude, da saúde, da educação, dos esportes e multilateral. • Apresenta um Plano de Ação que resume a interação e o alcance das iniciativas de colaboração entre os dois países, listando os aspectos em que se focará a cooperação bilateral.
21	IberBLH. Misión de prospección en Sudáfrica. 2011. Disponível em: < http://www.iberblh.icict.fiocruz.br/index.php?option=com_content&view=article&id=356%3Asudaricanov2011&catid=31%3Ageneral&Itemid=1 >. (Acesso em: 22/08/2014).	<ul style="list-style-type: none"> • Notícia com informações sobre a missão brasileira de prospecção para implantação de Bancos de Leite Humano na África do Sul.
22	ABC. Brazil – South Africa Technical Support to South African Human Milk Banks. Technical Cooperation among Developing Countries BRA/04/043. Novembro, 2011. Disponível em: < http://aplicacao.saude.gov.br/siscoop/pais/index.jsf >. (Acesso em: 22/08/2014)	<ul style="list-style-type: none"> • Rascunho de Projeto de Cooperação entre Brasil e África do Sul para a implantação de Bancos de Leite Humano.
Cooperação Trilateral Fórum IBAS – Coordenação Política		
23	Declaração de Brasília. Brasília, 6 de Junho de 2003. Disponível em: < http://www.itamaraty.gov.br/temas-mais-informacoes/temas-mais-informacoes/saiba-mais-ibas/documentos-emitidos-pelos-chefes-de-estado-e-de/declaracao-de-brasilia/view > (Acesso em: 15/06/2014).	<ul style="list-style-type: none"> • Enfrentar as ameaças à saúde pública e particularmente o HIV/AIDS, como parte das novas ameaças à segurança, por meio de uma cooperação internacional eficaz, articulada e solidária. • Ratificar a Convenção para o Controle do Tabaco no mais breve prazo possível.
24	Agenda de Cooperação. Nova Délhi, 5 de março de 2004.	<ul style="list-style-type: none"> • Foram endossados os programas específicos de ação para a cooperação trilateral nas esferas de saúde e ciência e tecnologia (C&T).

25	<p>India-Brazil-South Africa (IBSA) Dialogue Forum: Plan of Action. 5 de março de 2004. Disponível em: <http://www.dfa.gov.za/docs/2004/ibsa0305a.htm> (Acesso em: 15/06/2014).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Refletir nos estatutos legais nacionais todas as flexibilidades permitidas pelo Acordo TRIPS. • Combater os acordos comerciais bilaterais ou multilaterais denominados "TRIPS Plus". • Fortalecer as capacidades de produção autóctone e tornar acessíveis produtos farmacêuticos de qualidade, a baixo custo, eficazes e seguros. • Aproveitar a oportunidade proporcionada pela criação da Comissão da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre Direitos de Propriedade Intelectual, Inovação e Saúde Pública (WHA 56.27) para colocar o ponto de vista comum acordado pelos três países. (Pontos Focais do Grupo de Saúde prepararia um documento a ser submetido perante a Comissão da OMS em julho de 2004). • Identificar pontos focais em cada país para avançar a cooperação na área de medicina tradicional. • Preparar e apresentar trabalho sobre o programa de vigilância epidemiológica e o estado da rede nacional de laboratórios nos bastidores da 57ª Assembleia Geral da Saúde em Genebra (Responsável: Brasil).
26	<p>Cape Town Ministerial Communiqué, India-Brazil-South Africa (IBSA) Dialogue Forum. 11 de março de 2005. Disponível em: <http://www.itamaraty.gov.br/temas-mais-informacoes/temas-mais-informacoes/saiba-mais-ibas/documentos-emitidos-pelos-chefes-de-estado-e-de/2nd-ibsa-ministerial-meeting-communicue/view> (Acesso em: 15/06/2014).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A reunião das autoridades da área da saúde seria realizada no Brasil, 28-29 Março de 2005 para desenvolver o esquema de um Plano de Implementação sobre Saúde do IBAS. • Os Ministros da Saúde do IBAS se reuniram à margem da próxima Assembleia Mundial de Saúde, em Genebra, em maio 2005, para adotar o Plano de Implementação sobre Saúde do IBAS.
27	<p>Declaração Conjunta - I Reunião de Cúpula do IBAS. Brasília, 13 de setembro de 2006. Disponível em: <http://www.itamaraty.gov.br/temas-mais-informacoes/saiba-mais-ibas/documentos-emitidos-pelos-chefes-de-estado-e-de/i-reuniao-de-cupula-do-ibas-declaracao-conjunta/view> (Acesso em: 15/06/2014).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Foi reiterada a necessidade de reduzir as principais barreiras comerciais a fim de facilitar acesso a novas vacinas, remédios, diagnósticos e tecnologias de qualidade e a preços acessíveis, usando as flexibilidades do TRIPS. • Foi assumido o compromisso a prosseguir enfatizando a cooperação trilateral no campo do HIV/AIDS e a explorar a possibilidade de conclusão de um acordo trilateral para colaboração entre os três países para pesquisa e desenvolvimento de instrumentos de diagnóstico, medicamentos e vacinas para AIDS.

28	<p>Memorando de Entendimento em Cooperação na Área da Saúde e Medicina entre o Governo da República Federativa do Brasil, o Governo da República da Índia e o Governo da República da África do Sul. 17 de outubro de 2007. Disponível em: < http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/multilaterais/memorando-de-entendimento-em-cooperacao-na-area-de-saude-e-medicina-entre-o-governo-da-republica-federativa-do-brasil-o-governo-da-republica-da-india-e-o-governo-da-republica-da-africa-do-sul/> (Acesso em: 15/06/2014).</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Foram definidas dez áreas prioritárias de cooperação: 1) HIV/AIDS, 2) Desenvolvimento de programa de tuberculose (TB), inclusive medicamentos de programas comunitários e coinfeção HIV e TB, 3) Programas de malária, inclusive programas comunitários, diagnósticos, tratamento e controle de vetores, 4) Programas de assistência farmacêutica, inclusive regulamentação e registro de produtos de saúde, 5) Fornecimento de medicamentos, 6) Vacinas, 7) Pesquisa e desenvolvimento em medicina, em consonância com o Programa de Trabalho do IBAS para Ciência e Tecnologia (C&T), 8) Medicina tradicional, 9) Direitos de propriedade intelectual, e 10) Vigilância de doenças. •A cooperação na área de HIV/AIDS incluirá: a) esforços para estabelecer uma estratégia comum e desenvolver ações paralelas nos três países, em resposta à epidemia de HIV, de acordo com especificidades nacionais; b) produção de drogas antirretrovirais (ARVs) e de outros medicamentos para o tratamento de AIDS e de infecções oportunistas, para assegurar acesso universal e a preços acessíveis a medicamentos de emergência e de suporte à vida; c) pesquisa, desenvolvimento e produção de vacinas e antimicrobianos, inclusive matérias-primas, em combinação com o programa de trabalho conjunto do IBAS para Ciência e Tecnologia (C&T); d) produção de matérias-primas para a fabricação de testes rápidos, testes de carga viral de CD4 e genotipificação, e e) transferência e compartilhamento de tecnologia em ciências laboratoriais para garantia de qualidade, pesquisa sobre resistência de drogas, confecção de kits de diagnóstico de baixo custo e recursos correlatos. •A cooperação será implementada por meio de: a) troca, disseminação e compartilhamento de informação; b) intercâmbio de profissionais de saúde; c) programas de cooperação científica (seminários, oficinas e projetos conjuntos); e d) transferência de tecnologia.
29	<p>6th IBSA Ministerial Meeting Communiqué. Brasília - September 1st, 2009. Disponível em: <http://www.itamaraty.gov.br/temas-mais-informacoes/temas-mais-informacoes/saiba-mais-ibas/documentos-emitidos-pelos-chefes-de-estado-e-de/6a-ibas-ministerial-meeting-communicue/view> (Acesso em: 15/06/2014).</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Foi expressada preocupação com os confiscos de medicamentos genéricos em trânsito para países em desenvolvimento sob alegações de possível violação de patente no país de trânsito. Tais confiscos estão em contradição com as regras da OMC sobre trânsito de produtos e representam uma ameaça às políticas sobre acesso a medicamentos dos países em desenvolvimento. Foi alertado, ainda, contra as tentativas de desenvolver novas regras internacionais sobre propriedade intelectual fora dos foros apropriados da OMC e da Organização Mundial de Propriedade Intelectual.
30	<p>Brasilia Declaration. India-Brazil-South Africa Dialogue Forum Fourth Summit of Heads of State/Government. April 15th, 2010. Disponível em: <http://www.itamaraty.gov.br/temas-mais-informacoes/saiba-mais-ibas/documentos-emitidos-pelos-chefes-de-estado-e-de/4th-ibas-summit-declaration> (Acesso em: 15/06/2014).</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Os Chefes de Estado saudaram a aprovação de uma proposta do IBAS no Conselho de Direitos Humanos sobre a importância do acesso a medicamentos (A/HRC/RES/12/24). •Foi manifestada preocupação com a contínua aplicação de medidas que permitem apreensão de medicamentos genéricos em trânsito para países em desenvolvimento, em violação às regras da OMC e representando uma grave ameaça para o acesso de países em desenvolvimento a medicamentos.
Cooperação Trilateral Fórum IBAS – Grupo de Saúde		

31	Proposals for IBSA Cooperation 2006-2007. 3p.	<ul style="list-style-type: none"> •Estabelece os objetivos, as atividades, os responsáveis e o período em que seria desenvolvida a cooperação em saúde, considerando quatro áreas prioritárias: Laboratórios de Saúde Pública, Vigilância Sanitária, Medicina Tradicional e Controle Sanitário.
32	Fórum de Diálogo Índia-Brasil-África do Sul (IBAS). 2011. 5p.	<ul style="list-style-type: none"> •Realiza uma síntese dos principais eventos e atividades realizadas no âmbito da cooperação trilateral em saúde do Fórum IBAS.
33	Summary Records of Proceedings of the Meeting of the IBSA Ministers of Health Held at New Delhi on 29th July, 2008. 6p.	<p>Foram tomadas para fortalecer a cooperação trilateral:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Brasil indicaria, assim que possível, as datas de realização do <i>workshop</i> de Sistemas de Vigilância em Saúde, no qual participariam representantes da Índia e da África do Sul. •África do Sul facilitaria a visita das equipes do Brasil e da Índia para conhecer os Laboratórios de Saúde Pública daquele país. A visita seria agendada em janeiro de 2009. •Índia realizaria um <i>workshop</i> sobre Medicina Tradicional Indiano (especialmente Ayurveda e Yoga) no período 1 a 2 de novembro de 2008, no qual participariam representantes do Brasil e da África do Sul. •Foi acordado o estabelecimento de um mecanismo de interação contínua e periódica entre os países-membros do IBAS para tentar desenvolver uma abordagem comum no âmbito da Estratégia Global e do Plano de Ação em Propriedade Intelectual, Inovação e Saúde Pública (GSPA-PHI).
34	Temporão J. Discurso de Abertura. Reunião de Ministros da Saúde do Fórum de Diálogo Trilateral Índia-Brasil-África do Sul (IBAS). 29 de julho de 2008. 3p.	<ul style="list-style-type: none"> •Realiza um relato das principais atividades realizadas no âmbito da cooperação trilateral em saúde do Fórum. •Ressalta a importância da convergência das iniciativas desenvolvidas e a evitar qualquer duplicidade de esforços. •Faz um chamado a que o Fórum IBAS sirva para o intercâmbio de medidas de combate à contrafação e à falsificação de medicamentos, assim como a todas as situações de ilegalidade.
Cooperação Trilateral Fórum IBAS – Grupo de Ciência e Tecnologia		
35	Declaração do Rio sobre Ciência e Tecnologia do IBAS. 10 de junho de 2005	<ul style="list-style-type: none"> •Ratificou as decisões da I Reunião Ministerial de Ciência e Tecnologia, na qual foram definidas como as áreas prioritárias de cooperação em ciência e tecnologia (C&T): biotecnologia (incluindo biotecnologia agrícola e bioinformática); energias alternativas e renováveis; astronomia e astrofísica; meteorologia e mudanças climáticas; oceanografia, ciências da pesca e pesquisa antártica; conhecimentos tradicionais; e tecnologias da informação. •A cooperação seria iniciada em questões relativas a: HIV/AIDS, tuberculose e malária; biotecnologia na saúde e na agricultura; nanociências e nanotecnologia; e ciências oceanográficas.
36	Programa de Apoio à Cooperação Científica e Tecnológica Trilateral entre Índia, Brasil e África do Sul. Programa IBAS. N.º 137 – DOU de 19/07/05. Portaria N.º 481, de 15 de julho de 2005. Disponível em: < http://www.cnpq.br/web/guest/ibas > (Acesso em: 01/04/2013).	<ul style="list-style-type: none"> •Foram ratificadas as áreas prioritárias de cooperação em ciência e tecnologia (C&T) definidas na I Reunião Ministerial de Ciência e Tecnologia. •A cooperação será iniciada em questões relativas a: HIV/AIDS, tuberculose e malária; biotecnologia na saúde e na agricultura; nanociências e nanotecnologia; e ciências oceanográficas.

37	<p>Relatório de Grupos de Trabalho. Ministério de Ciência e Tecnologia (MCT). (s.d.). Disponível em: ftp://ftp.mct.gov.br/Unidades/ASCIN/IBSA/Malaria%20Workshop%20-%20IBAS%20S&T,%20march%2007-08,%20Brazil/Documents/Draft%20of%20the%20IBSA%20Booklet%20in%20Malaria/WS-Mal%20ria%20Info%20Ingl%20EAs.doc (Acesso em: 26/04/2014).</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Foram sugeridas três atividades conjuntas: a) Criação de portal IBAS na Internet, com <i>links</i> de instituições de pesquisa e divulgação de eventos de interesse; b) Realização de uma segunda reunião, no Brasil, simultaneamente à realização do Congresso Brasileiro de Medicina Tropical, em março de 2006; c) Elaboração de um artigo (de autoria conjunta), divulgando o IBAS em periódicos científicos dos três países e estabelecendo prioridades de cooperação
38	<p>India-Brazil-South Africa. HIV Vaccine Workshop. Workshop Report. Cape Town, 2-4 October, 2005. 33p.</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Sintetiza as principais apresentações e discussões realizadas por quatro subgrupos de trabalho nas áreas de: pesquisa e desenvolvimento, testes clínicos, transferência de tecnologia, preparação de vacina, advocacia política. •As três áreas identificadas como o foco para futura colaboração IBSA em HIV/AIDS foram: a) fabricação da vacina; b) Um projeto de pesquisa conjunta e vacina; c) Desenvolver uma visão compartilhada.
39	<p>Relatório de Viagens. Ricardo Galler. MCT. 01-05/10/2005. 2p.</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Relata brevemente as apresentações realizadas durante o <i>workshop</i> de vacinas para HIV/AIDS. •Assinala que foi abordado o problema de propriedade intelectual (PI), sobre o qual houve uma discussão sobre mercados e interesses comerciais, a qual dificultaria qualquer tentativa de transferência de tecnologia.
40	<p>Ministério de Ciência e Tecnologia (MCT). Minutes of the IBSA Workshop in Malaria, 07 e 08 de março de 2006. (Acesso em 15/07/13) Disponível em: http://www.mmnt.net/db/0/0/www.redebrasil.gov.br/Unidades/ASCIN/IBSA/Malaria%20Workshop%20-%20IBAS%20S&T,%20march%2007-08,%20Brazil/Documents (Acesso em: 01/04/2013).</p>	<ul style="list-style-type: none"> •O Brasil apresentou um documento de síntese dos Grupos de Pesquisa da malária no Brasil. •Foi recomendado como realista a alocação de US\$100.000 p.a., por 3 anos, por país, por área de foco de pesquisa em saúde. (Data objetivo: Abril 2006). •Foi recomendado o anúncio em cada país de Solicitação de Propostas, e que os cientistas fossem encorajados a usar o banco de dados de pesquisadores da área para encontrar parceiros relevantes para o desenvolvimento de projetos colaborativos que seriam avaliados e financiados pelo Grupo de Trabalho. •Foi definido um conjunto de iniciativas de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos: a) Simpósios Anuais de Malária do IBAS, com sede rotatória entre os países do Fórum. O primeiro Simpósio seria na África do Sul em Setembro de 2006; b) <i>Workshop</i> “Cultura in vitro e transfeção”, proposto para ser realizado no Brasil (data provisória abril 2007); c) <i>Workshop</i> “Abordagens computacionais para a descoberta de medicamentos para a malária”; proposto para ser realizado em África do Sul, em setembro de 2007 (ligado à reunião SAMI); d) <i>Workshop</i> de “Treinamento anual para estudantes de malária de doutorado”, o primeiro workshop seria no Brasil e depois a sede rotaria os países membros.

41	Sumário do Encontro do IBAS na área de Tuberculose (TB) – Cidade do Cabo, África do Sul. 13 e 14 de novembro de 2006. 3p.	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre pesquisas básicas aplicadas e testes diagnósticos, o GT propôs: a) o desenvolvimento de estudos de diversidade molecular e detecção de TB drogas sensível (DS-TB) e TB droga-resistente (DR-TB), incluindo novos métodos e técnicas para observação dos diferentes genótipos de M. tuberculosis, detecção de MDR-TB; b) o desenvolvimento de arquivo de dados comuns e c) o desenvolvimento de técnicas moleculares em comum. • Sobre estudos operacionais e sistemas de informação, foi sugerida a criação de um banco de amostras clínicas para agilizar estudos interativos nas diferentes áreas e a recomendação de que a avaliação diagnóstica deva ser coordenada por um comitê de especialistas com representantes governamentais e das instituições de pesquisa, indústria e sociedade civil organizada.
42	Report of participation in the Trilateral Workshop on Research in Tuberculosis under aegis of IBSA Stellenbosch, Cape Town, South Africa. 13-14 November, 2006.	<ul style="list-style-type: none"> • Sintetiza as falas dos apresentadores do <i>workshop</i>. • Apresenta 16 áreas potenciais de pesquisa identificadas pelos dois grupos que foram criados durante o <i>workshop</i>: pesquisa biomédica e pesquisa operacional. • Cada grupo identificou alguns projetos para cooperar, entre eles: Estudos sobre imunologia, genômica e proteômica para identificar estudos correlatos de proteção e estudos sobre vacinas; estudos de biologia molecular e estudos genômicos para a comparação do tipo de mutações e outros mecanismos, o desenvolvimento da técnica para detecção de resistência, tratamento e gestão operacional.
43	Comunicação da Embaixada do Brasil em Nova Délhi sobre os resultados da reunião do Grupo de Trabalho de Ciência e Tecnologia do IBAS. 12 de julho de 2007. 2p.	<ul style="list-style-type: none"> • Relata os resultados da reunião do Grupo de Trabalho de Ciência e Tecnologia do IBAS, realizada em Nova Delhi em 12 de julho de 2007. Progressos foram registrados, em maior ou menor grau, em todas as áreas, exceto a de biotecnologia. • Cada Ministério investiria um milhão de dólares anuais na cooperação. • Ressalta as áreas mais promissoras de cooperação, especificamente na área de saúde, refere a perspectiva de instalar fábrica-piloto para a produção experimental de vacina contra o HIV, a partir dos resultados que se obtiverem nas pesquisas conjuntas sobre a vacina; o interesse em treinar pesquisadores para o desenvolvimento de novas drogas para o combate à malária; e o trabalho de mapear a capacidade de mobilização social no combate à tuberculose.
44	Aide Memoire. Articulação entre os Grupos de Trabalho de Saúde e Ciência e Tecnologia do Foro Índia, Brasil e África do Sul. Fiocruz. 16 de junho de 2009. 2p.	<ul style="list-style-type: none"> • Relata os principais assuntos abordados durante a reunião de articulação entre os Grupos de Trabalho de Saúde e Ciência e Tecnologia do Fórum Índia, Brasil e África do Sul. Em particular refere à preocupação do Ministério da Saúde com informações sobre o andamento dos trabalhos do GT de Ciência e Tecnologia, bem como os compromissos assumidos pela Fiocruz nessa reunião.
45	Portaria do MCT N°623. 1ro de setembro de 2008. Disponível em: < http://www.jusbrasil.com.br/diarios/751008/pg-4-secao-2-diario-oficial-da-uniao-dou-de-03-09-2008 > (Acesso em: 26/04/2014)	<ul style="list-style-type: none"> • Cria o Conselho Científico Coordenador do Programa de Apoio à Cooperação Científica e Tecnológica Trilateral entre Índia, Brasil e África do Sul (Programa IBAS) com a missão de promover o intercâmbio de ideias sobre problemas científicos e tecnológicos de interesse comum, bem como ações nos campos da ciência, da tecnologia e da inovação em benefício dos três países; de avaliar o desenvolvimento e a execução do Programa IBAS; e de submeter ao Ministério da Ciência e Tecnologia suas conclusões, propostas e recomendações.

46	<p>Edital MCT/CNPq #45/2009. Programa de Apoio à Cooperação Científica e Tecnológica Trilateral entre Índia, Brasil e África do Sul – PROGRAMA IBAS. Disponível em: <http://www.cnpq.br/web/guest/chamadas-publicas?p_p_id=resultadosportlet_WAR_resultadoscnpqportlet_INSTANCE_OZaM&filtro=resultados&detalha=chamadaDetalhada&exibe=exibe&idResultado=348-1-959&id=348-1-959>. (Acesso em: 30/01/2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Define o apoio para as áreas identificadas como prioritárias para a cooperação Trilateral em Ciência, Tecnologia e Inovação (C&T&I) entre pesquisadores brasileiros, indianos e sul-africanos, que contribuam para o desenvolvimento científico e tecnológico dos países envolvidos no PROGRAMA IBAS. • Estabelece que o apoio destina-se ao financiamento para a mobilidade de pesquisadores. • Entre os temas prioritários identificados para a cooperação trilateral encontra-se a saúde com três assuntos: HIV/AIDS; Malária e Tuberculose. • Aloca recursos no valor global estimado de R\$800.000 (oitocentos mil reais), oriundos da linha de ação Consolidação Institucional do Sistema Nacional de C&T&I, Ata do Comitê de Coordenação dos Fundos Setoriais 01/2009, a serem liberados em parcelas, de acordo com a disponibilidade orçamentária e financeira do MCT/CNPq.
47	<p>Ministério de Ciência e Tecnologia (MCT). Assessoria de Assuntos Internacionais. Cooperação Científico-Tecnológica no Fórum IBAS (Brasil, Índia e África do Sul). Brasília, 2011. 19p.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sintetiza o histórico da cooperação científico-tecnológica no Fórum IBAS, trazendo algumas informações sobre: a) Programa de Trabalho sobre a Cooperação em C&T (2005-2007); b) Reuniões Ministeriais e do GT de C&T (2008); c) III Reunião do Conselho Científico Coordenador do IBAS (Maio/2009); d) V Reunião entre Ministros de C&T do IBAS (Outubro/2009); e) VII Reunião do GT de C&T do IBAS (Abril/2010); f) Editais públicos coordenados – CNPq (Brasil), NRF (África do Sul) e Departamento de C&T (Índia); entre outros pontos.
48	<p>Chamada MCTI/CNPq N º 16/2013 Programa IBAS. Disponível em: <http://resultado.cnpq.br/5711727602874023> (Acesso em:01/04/2013).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Define o apoio a execução de projetos conjuntos de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação (P&D&I), por meio do financiamento a atividades de cooperação internacional, no âmbito do Programa IBAS. O apoio destina-se ao financiamento da mobilidade de cientistas e pesquisadores com atuação em projetos de pesquisa científica, tecnológica e de inovação, por sua relevância estratégica, os quais, preferencialmente, apresentem contrapartida financeira de fontes nacionais ou internacionais. • Detalha assuntos prioritários dentro das áreas de cooperação, inclusive de HIV/AIDS (as aplicações são limitadas às seguintes áreas: Tecnologias de prevenção novas e inovadoras; Desenvolvimento de ensaios, padronização e validação de imunogenicidade; Soro-conversores precoces (infecção aguda) e não-progressores de longo prazo.); tuberculose (aplicações são restritas às seguintes áreas: Diversidade molecular: evolução de cepas do impacto do HIV e dos DOTS, relação com a resistência à droga e outras dinâmicas de transmissão; Resistência multi-droga: biologia molecular e estudos de genômica para comparação do tipo de mutações e outros mecanismos, desenvolvimento de técnicas para detecção de resistência, o tratamento e gestão operacional; Estudos sobre a imunologia, genômica e proteômica para identificar correlatos de proteção e estudos sobre vacinas.) e malária. • Aloca recursos no valor global estimado de R\$ 1.000.000. (um milhão de reais), oriundos do FNDCT/Fundos Setoriais – Ação Transversal a serem liberados em 3 (três) parcelas, de acordo com a disponibilidade orçamentária e financeira do CNPq.

ANEXO II. ROTEIRO DE ENTREVISTA

O Fórum IBAS e a Cooperação Sul-Sul em Saúde

NOME DO ENTREVISTADO:

DATA DE NASCIMENTO:

PROFISSÃO:

INSTITUIÇÃO:

CARGO/FUNÇÃO:

DATA DA ENTREVISTA:

1) O(A) Sr.(a.) teve (ou tem) alguma participação (direta ou indireta) no Fórum IBAS? Qual tipo de participação?

2) Caso tenha tido (ou ainda tenha) participação direta (ou indireta) no Fórum IBAS, de quantas reuniões participou até o presente momento?

a) Que tipo de reunião(ões) foram essa(s)??

b) Qual foi (ou é) sua função nessa(s) reunião(ões)?

3) No Fórum IBAS a agenda de cooperação em saúde é compartilhada entre os Grupos de Trabalho (GT) de Saúde e de Ciência e Tecnologia. Com base em sua experiência, existe coordenação/articulação entre os trabalhos dos dois GTs?

4) O(A) Sr.(a.) participou (ou participa) do processo de formulação e (ou) implementação da agenda de cooperação em saúde do Fórum IBAS?

a) Em que consistiu sua participação nesse processo de formulação e (ou) implementação da agenda de cooperação em saúde do Fórum IBAS?

b) Caso sua resposta tenha sido afirmativa na pergunta anterior, em sua opinião, quais são (ou foram) os principais itens dessa agenda e porque foram considerados prioritários?

b) Em sua opinião, algum tópico dessa agenda teve mais relevância que todos os outros? Qual? Por quê?

5) Quais os atores do Fórum IBAS (integrantes do Fórum) participam (ou participaram) nesse processo de formulação e (ou) implementação da agenda de cooperação em saúde do Fórum IBAS?

a) Esses atores permanecem (ou permaneceram) os mesmos ao longo do tempo ou mudaram em diferentes etapas do processo?

b) Em caso de que tenha havido mudanças, quais seriam, em sua opinião, os motivos da mudança?

6) Em sua opinião, existe (ou existia) diferenças de poder entre esses atores integrantes do Fórum IBAS? Por quê?

a) Quais são (ou eram) os atores mais poderosos nessa dinâmica? Por quê?

b) Quais são (ou eram) os atores menos poderosos? Por quê?

7) Em sua opinião, houve participação ou interferência de atores externos ao Fórum ou de grupos de interesse específicos nesse processo de formulação e (ou) implementação da agenda de cooperação em saúde do Fórum IBAS?

a) Quais são (ou foram) esses atores externos e grupos de interesse?

b) Qual a forma de participação desses atores externos ou grupos de interesses?

c) Que tipo de interferência esses atores externos e grupos de interesse exerceram nas decisões do Fórum?

d) Esses atores ou grupos de interesse mudaram ao longo do tempo em diferentes etapas do processo, ou permaneceram (permanecem) os mesmos?

e) Em caso de que tenha havido mudanças, quais foram, em sua opinião, os motivos da mudança?

8) Caso suas respostas tenham sido afirmativas nas perguntas anteriores, em sua opinião existe (ou existia) diferenças de poder entre esses atores ou grupos de interesse?

a) Quais são (ou eram) os atores ou grupos de interesse externos ao Fórum mais poderosos nessa dinâmica? Por quê?

b) Quais são (ou eram) os atores ou grupos de interesse externos ao Fórum menos poderosos? Por quê?

9) Em sua opinião, os GTs (Saúde e Ciência e Tecnologia) tem (ou tiveram) alguma atuação ou influência na implementação da agenda de cooperação em saúde do Fórum IBAS?

a) Que tipo de atuação ou influência?

10) Em sua opinião, em que medida a agenda de cooperação em saúde do Fórum IBAS desdobrou-se em projetos concretos de cooperação internacional (bi ou trilateral) entre os países-membros?

a) O Sr.(a) tem dados ou informações concretas a respeito de itens prioritários da agenda de cooperação do Fórum IBAS que foram realmente implementados como projetos de cooperação entre os países (bi ou trilateral)? Quais?

b) Esses projetos implementados foram, de fato, resultado do trabalho de negociação e articulação do Fórum IBAS?

c) Em sua opinião, além do trabalho de negociação e articulação do Fórum IBAS, que outros fatores interferiram na concretização de projetos de cooperação (bi ou trilateral) entre os países membros do Fórum?

d) O(A) Sr.(a.) conhece projetos de cooperação entre os países membros do Fórum que são (ou foram) implementados de forma independente ou SEM qualquer interferência do Fórum? Quais?

e) Em sua opinião, as articulações ou cooperações precedentes entre os países membros do Fórum interferem ou interferiram (positiva ou negativamente) nas negociações da agenda e dos projetos concretos de cooperação em saúde DENTRO do Fórum? De que forma?

11) Em sua opinião, quais são (ou foram) os principais fatores que incidiram (positiva ou negativamente) na cooperação Sul-Sul em saúde entre os países do Fórum IBAS?

NOME DA
ENTREVISTADORA/PESQUISADORA: _____

ASSINATURA DA
ENTREVISTADORA/PESQUISADORA: _____

DATA: _____

ANEXO III. LISTA DE INFORMANTES-CHAVES ENTREVISTADOS

Nome	Cargo Atual	Instituição
Carmen Negraes	Chefe Assessoria de Cooperação Internacional (ASCIN) Substituta	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)
Indiara Gonçalves	Chefe de Divisão	Ministério da Saúde/ Assessoria Internacional de Assuntos de Saúde (AISA)
Leandro Luiz Viegas	Coordenador do Núcleo de Cooperação Internacional da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES)	Ministério da Saúde/ Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES)
Luiz Eduardo Fonseca	Ponto Focal de Cooperação Internacional para África e CPLP	Centro de Relações Internacionais/Fundação Oswaldo Cruz (Cris/Fiocruz)
Mateus R. Cerqueira	Especialista em Regulação	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

ANEXO IV. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor (a),

O(A) Sr.(a) está convidado(a) para participar da pesquisa **“Política Externa e Cooperação Internacional em Saúde: a experiência da Fiocruz”** e foi selecionado(a) por ser um(a) ator relevante na área de saúde global e cooperação internacional em saúde no Brasil, ou na implementação de projetos de cooperação internacional da Fiocruz especificamente aos países membros do Fórum IBAS.

Esta pesquisa tem como objetivo produzir conhecimentos que contribuam para a compreensão da articulação entre relações internacionais e saúde com vistas a subsidiar a participação do Brasil na cooperação internacional e na formulação e implementação de políticas voltadas para a saúde global.

Sua participação consistirá em conceder uma entrevista de aproximadamente 30 minutos, organizada a partir de um roteiro prévio e que será gravada em áudio pelo entrevistador mediante a sua explícita autorização por escrito. As informações obtidas para esta pesquisa serão tratadas como confidenciais e serão divulgadas de forma agregada, em relatórios e publicações da pesquisa, impossibilitando, em princípio, a identificação dos entrevistados a partir de informações específicas. Entretanto, seu nome será listado como informante-chave entrevistado e há o risco de que suas opiniões sejam identificadas nos textos da pesquisa, seja pelo pequeno número de entrevistados(as), seja pelo cargo que ocupa.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento o(a) Sr.(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Além disso, o(a) Sr.(a) pode se recusar a responder qualquer pergunta do roteiro da entrevista. A participação na pesquisa não trará nenhum benefício individual e a recusa em participar também não trará qualquer prejuízo na sua relação com a instituição que promove a pesquisa ou com os pesquisadores. No entanto, é de fundamental importância a sua participação, pois as informações fornecidas servirão para melhor entender o processo de desenvolvimento da saúde global e da cooperação internacional em saúde brasileira.

Em caso de dúvida pedimos que a esclareça diretamente com a coordenadora do projeto e responsável pela pesquisa, Dra. Celia Almeida, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), da FIOCRUZ, nos telefones (0XX) 21- 2598-2383 ou (0XX) 21- 99943-5458, ou pelo e-mail <calmeida@ensp.fiocruz.br> ou <celia.aalmeida09@gmail.com>.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. Os contatos são: tel e fax - (0XX) 21- 25982863; email <cep@ensp.fiocruz.br>; <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>>. Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo – Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 21041-210.

Uma via desta declaração deve ficar com o(a) Sr.(a) e a outra (devidamente assinada) ficará com a coordenação da pesquisa na ENSP/FIOCRUZ.

O banco de dados gerado por esta pesquisa será utilizado por vários alunos na redação de Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado.

“Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar, autorizando, inclusive, a gravação durante o processo da entrevista, caracterizando assim, que fui suficientemente esclarecido(a) e, portanto, dou meu consentimento de forma livre”.

Nome do entrevistado(a):

Assinatura do Entrevistado(a)

Data

Nome do Pesquisador(a):

Assinatura do Pesquisador(a)

Data

OBS: TODAS PAGINAS DEVERÃO SER RUBRICADAS PELO(A) PESQUISADOR(A) E PELO(A) ENTREVISTADOR(A).