

Avanço tecnológico

A experiência da Fiocruz na formação de profissionais em saúde global e diplomacia da saúde: base conceitual, estrutura curricular e primeiros resultados*

DOI: 10.3395/reciis.v4i1.355pt

Célia Almeida

MD, MPH, PhD, Pesquisadora Titular e Professora da Escola Nacional de Saúde Pública 'Sérgio Arouca', da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), RJ, Brasil; Diretora do Escritório Regional da Fiocruz para a África, Maputo, Moçambique. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq
calmeida@ensp.fiocruz.br

Resumo

O desenvolvimento de capacidades na área de Saúde Internacional e a formação de recursos humanos para atuar em saúde em nível internacional é uma preocupação da Fiocruz há mais de uma década. A criação da área de Saúde Global e Diplomacia da Saúde, assim como outras iniciativas institucionais, culmina esse processo. Este artigo analisa os referenciais teóricos que orientam a formação em saúde global e diplomacia da saúde desenvolvida pela Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz, em colaboração com vários parceiros, internos e externos à instituição. A partir de uma breve revisão conceitual, que delimita essas áreas como novos objetos de reflexão da saúde coletiva, discute-se o eixo central que organiza os conteúdos da formação – as relações entre globalização e saúde – e apresenta-se a estrutura do I Curso de Especialização em Saúde Global e Diplomacia da Saúde, realizado em 2008-2009, em Brasília. Conclui-se que, apesar dos avanços identificados na última década, essas áreas ainda carecem de maior refinamento conceitual e do desenvolvimento de marcos analíticos sólidos. E os impactos na saúde das populações, produzidos pelos processos de globalização, também colocam novos desafios para a cooperação internacional. Tendo em vista a prioridade concedida à saúde pela atual política externa brasileira é ainda insuficiente tanto a produção de conhecimentos quanto a capacitação de pessoas para lidar com essa nova realidade. Daí a importância do investimento que vem sendo realizado.

Palavras-chave

saúde global; diplomacia da saúde; bens públicos globais; governança global; capacitação; Brasil

Saúde Global e Diplomacia da Saúde: definições e conceitos

Nos últimos anos, alguns novos termos tais como “saúde global”, “bens públicos globais”, “governança global em saúde” e “diplomacia da saúde” passaram a frequentar os discursos políticos, os documentos técnicos, sobretudo internacionais,

e a literatura científica, configurando-se como novos objetos de estudo da saúde coletiva.¹

Como referem Bunyavanich e Walkup (2001), ‘saúde global’ tornou-se uma expressão dominante nos discursos internacionais da saúde pública (p. 1556). Paralelamente, aumentou o número de cursos, seminários, simpósios e reuniões internacionais voltadas para a discussão da

*A formação de profissionais a que se refere este artigo é realizada pela Escola Nacional de Saúde Pública 'Sergio Arouca' (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). O I Curso de Especialização em Saúde Global e Diplomacia da Saúde, realizado em 2008-2009, contou com o apoio do Conselho Nacional de Pesquisa-CNPq (Bolsa de Produtividade em Pesquisa da coordenadora do Curso, Célia Almeida) e de *grant* da Faperj (No. E-26/110/981/2008 – APQ1); e com o suporte operacional do Escritório da Organização Panamericana da Saúde (Opas/OMS) no Brasil e da representação da Fiocruz (Direb, ambos em Brasília).

“saúde global”.

Entretanto, o que quer dizer “saúde global”? O que são os “bens públicos globais”? E para que servem a “governança global em saúde” e a “diplomacia da saúde”?

Muitas vezes a expressão “saúde global” aparece em substituição à idéia de “saúde internacional”, termo criado no início do século passado (em 1913, nos Estados Unidos, no âmbito da Fundação Rockefeller) e que até os anos de 1990 foi utilizado para se referir à saúde como um fenômeno transnacional, mas sem considerá-la como algo a ser tratado no âmbito das relações internacionais, isto é, das relações entre estados nacionais integrantes de um sistema mundial hierarquizado e iníquo (GODUE, 1992).

Para Kickbusch (2000, p.980-1), a Organização Mundial da Saúde (OMS) teria “inventado” a idéia de “política internacional de saúde”, no final dos anos de 1970, mais especificamente com a estratégia de “Saúde para todos no ano 2000” e Atenção Primária de Saúde (APS), tal como formulada em 1978. Com essa estratégia, não apenas a OMS teria generalizado a concepção de que os estados nacionais são responsáveis pela saúde das suas populações, mas também teria difundido a perspectiva de que a saúde deve ser pensada de forma articulada com a economia, a política e os direitos humanos, além de ser produto de ações inter-setoriais. Ainda que possamos discordar em relação ao nexo histórico da “invenção” do termo, a correlação é pertinente, pois, de fato, Alma Ata significou uma mudança considerável na formulação da saúde como produto de uma dinâmica que se estende para além dos limites setoriais, uma ideia, entretanto, que surge antes dos anos de 1970. Mas a OMS também sinalizou que o alcance da meta da Saúde para Todos dependia fundamentalmente de “ações internacionais”². Por outro lado, historicamente, desde meados do século XIX que a cooperação internacional para o combate às doenças é motivo de preocupação, sobretudo dos estados europeus³; e a realização de conferências internacionais, a criação de instrumentos e mecanismos para ampliar e fortalecer a cooperação em saúde significou *uma transição radical na forma de conceituar e abordar a saúde internacionalmente* (FIDLER, 2004, p.1). Esse processo culminou com a criação da Organização Mundial da Saúde, em 1948, juntamente com o Regulamento Sanitário Internacional. Essas iniciativas combinadas constituem, segundo, Fidler, o primeiro conjunto substantivo de *processos, regras e instituições para a governança global em saúde* (FIDLER, 2001, p.843).

Desde então, trabalhar com as questões de saúde na perspectiva da cooperação técnica internacional sempre foi objeto da OMS e seus *branches* regionais, ainda que o

enfoque de como realizar essa missão tenha mudado ao longo dos anos (BROWN, 2006). E esforços para delimitar um específico campo de prática e de capacitação de recursos humanos em “saúde internacional” foram desenvolvidos pela Organização Pan-americana da Saúde–Opas, em diferentes conjunturas, praticamente desde sua criação, e, nos anos 1990, consolida-se o termo “saúde internacional” numa perspectiva mais abrangente, mas mantendo a mesma denominação (PAHO, 1992). Discutia-se nessa época que a concepção tradicional de “saúde internacional” deveria ser revista.

Tomando como referência os processos de internacionalização e globalização, já em 1992, Mario Rovere e Ulysses Panisset argumentavam que a questão central no âmbito da saúde internacional era o diferencial de poder entre os estados nacionais, que se refletia numa via de mão dupla: a saúde internacional seria determinada pelo resultado das negociações em nível das relações internacionais e, ao mesmo tempo, as questões de saúde internacional influenciariam essas negociações (ROVERE, 1992; PANISSET, 1992). E, em 1998, Charles Godue chamava a atenção para a necessidade de reconhecer o aprofundamento do conflito inerente às relações internacionais – a necessidade de conciliar os interesses nacionais e a dinâmica internacional – como um dos aspectos de maior transcendência na reflexão sobre a saúde internacional. Nessa perspectiva, Godue argumentava que a concepção tradicional da ‘saúde internacional’, muito centrada na cooperação técnica em saúde, deveria ser superada, pois tenderia a apresentar esse campo de conhecimento como expressão de ‘boa vontade’ (ou solidariedade) e de ‘boa fé’ entre os povos, deixando sem explicitar, ou ocultando deliberadamente, os interesses e intenções particulares e hegemônicos que estabelecem uma dinâmica de disputa permanente pelo poder (ou pela sua manutenção) na arena internacional (GODUE, 1998, p.28).

Outros autores referem que a área denominada “saúde internacional” sempre esteve centrada no impacto, principalmente econômico, dos processos de globalização na saúde das populações, mas a atenção sobre as relações entre globalização e saúde teve distintas ênfases que mudaram no tempo e no espaço (LEE et al., 2002, p.10-1).

Inicialmente, a preocupação central se referia à ameaça de “invasão” das fronteiras dos estados nacionais por agentes externos que impactavam a saúde das populações, ou seja, às ameaças externas em relação às enfermidades infecciosas, risco de epidemias (ou pandemias) e riscos ambientais; armas biológicas e químicas; migração humana e tráfico de drogas, entre outros. Posteriormente, agregam-se a esses

problemas os impactos diferenciados e as desigualdades provocadas pelos processos atuais de globalização na saúde das populações, cuja problemática transcende as fronteiras dos estados nacionais e interfere nas relações internacionais, e a ênfase está posta na relação entre desenvolvimento econômico mundial e saúde; no reflexo dos ajustes macroeconômicos nas condições de vida e saúde das populações e no papel dos organismos internacionais nesse processo; nos acordos multilaterais de comércio internacional e fluxos globais financeiros e comerciais envolvendo produção e comercialização de bens e serviços (tais como medicamentos, equipamentos médicos, serviços de assistência médica). Duas grandes questões se imbricam também nessa problemática: a diminuição da autonomia dos estados nacionais para definir suas próprias políticas e a impossibilidade de resolverem sozinhos determinados problemas que extrapolam sua capacidade de decisão⁴. Essa ampliação de foco justificaria a mudança do termo para “saúde global”, em substituição à denominação anterior “saúde internacional”, além de assinalar a necessidade de formulação de uma política de saúde global (LEE et al., 2002).

Em 2000, ao discutir novos caminhos para a OMS recuperar a sua “soberania”, frente à nova conjuntura mundial e à perda da liderança internacional na condução do setor, Kickbusch chamava a atenção para a necessidade de formulação de uma “política pública de saúde global” (p. 984-5), que objetivasse *fortalecer e não substituir* as políticas nacionais de saúde, sublinhando a dinâmica interativa entre os dois âmbitos – nacional e internacional – num contexto de responsabilização (*accountability*) global. Para essa autora, o *global* não significa apenas maior interdependência, mas também um novo campo de ação que não pode ser facilmente resolvido em âmbito nacional, uma vez que as questões que lhe são inerentes transcendem as fronteiras nacionais (KICKBUSCH, 1999). Sendo assim, uma política de saúde global é por definição inter-setorial e precisa ser articulada com outras áreas de políticas, como as de comércio, propriedade intelectual, segurança alimentar, direitos humanos (fundamentais e de grupos específicos), entre outras. Responsabilização (*accountability*) refere-se aqui ao processo de tornar os diferentes atores mais responsáveis pelos seus atos em nível nacional e internacional (KICKBUSCH, 2000).

Essa dinâmica também mudaria o papel das organizações internacionais, sobretudo as intergovernamentais, como a OMS, pois uma “política de saúde global” transcende as fronteiras geográficas, refere-se a populações em geral e a grupos específicos em particular (ie. idosos, jovens, mulheres,

excluídos em geral) e não especificamente aos interesses dos estados-membro da organização. Entretanto, a agenda da saúde global tem que ser formulada de forma a atrair os estados nacionais para uma ação conjunta, a exemplo do que vem sendo feito, há mais tempo, no âmbito do meio ambiente (KICKBUSCH, 2000, p.985).

Acrescentamos que, de fato, a agenda da saúde global não tem que levar em consideração as fronteiras geográficas, mas não pode ignorar as “fronteiras” geopolíticas, que definem os diferenciais de poder entre os estados nacionais e, portanto, sua maior ou menor capacidade de mobilização de recursos para a defesa de seus interesses particulares e para a negociação na construção de novas parcerias e alianças em situações determinadas.

Para Brown et al. (2006), a expressão “saúde global” não seria uma invenção de anos recentes, embora até então seu uso fosse limitado e atrelado ao “temor das epidemias”, além de ser utilizado de forma esporádica em declarações e documentos oficiais, geralmente voltados para o combate de doenças específicas (p. 625). Na revisão que efetuam sobre uma possível *transição da saúde internacional para a global*, reiteram o caráter “transnacional” desta última e que a sua emergência seria parte de um processo histórico e político mais amplo que envolveria a dinâmica da globalização da saúde pública nas últimas décadas.

Em 1999, Chen et al. já argumentavam que o processo de globalização, com seus múltiplos impactos, estaria impulsionando a estruturação da saúde como um “bem público global” e duas dinâmicas teriam contribuído para isso: a maior “transferência internacional dos riscos” e “o aumento das ameaças aos recursos naturais comuns”.

Bens públicos globais são definidos por Kaul (1999) como aqueles que são não-excludentes, não-rivais em termos dos benefícios que proporcionam e que transcendem as fronteiras, gerações e populações⁵. Incluem-se nessa categoria os bens naturais globais (como a camada de ozônio), os bens globais criados pelo homem (tais como a informação e o conhecimento) e os bens resultantes das políticas globais, tais como a paz e a saúde global, entre outros. Cada categoria de bem público global enfrentaria desafios políticos específicos: os bens naturais enfrentam a sua sobre-utilização e o desperdício; os bens produzidos pelo homem são sub-utilizados ou inacessíveis para grande parte da população mundial; e a saúde, e outros bens que seriam resultados das políticas globais, têm oferta reduzida e são difíceis de serem alcançados.

Para Deneulin e Townsend (2006), diferente dos bens públicos comuns, os bens públicos globais só são alcançáveis

pela coletividade e individualmente compartilhados por seus membros. A partir do conceito de *common goods* (sinônimo do que Taylor chamou *irreducibly social goods*), e diferente destes, os autores definem o “bem público global” como aquele que exige uma ação comum constitutiva, no lugar de ser seu produto, e o caráter não-exclusivo e não-rival do bens públicos clássicos são aspectos da geração do bem público global (p. 2).⁶

Uma outra questão consensual neste debate, que constitui uma mudança recente e coloca novos desafios para a saúde global, é o aumento exponencial de novos atores que atuam no setor, incluídas inúmeras organizações não governamentais (ONG), sobretudo a partir do final da década de 1990.

Desde os anos 2000 as chamadas “Iniciativas Globais em Saúde” (*Global Health Initiatives—GHI*), previamente conhecidas como “Parcerias Público-Privadas em Saúde Global” ou “Parcerias em Saúde Global” (*Global Health Public-Private Partnership* ou *Global Health Partnership*) transformaram-se numa resposta concertada, em nível internacional, ao preocupante aumento da “carga de doença” global.⁷ Muitas dessas organizações apareceram (ou ganharam maior importância) em função da “urgência” gerada pela adoção mundial dos Objetivos do Milênio. O que é mais importante registrar é que as GHIs indicam o crescente envolvimento de setores privado, filantrópico e da sociedade civil (não-governamental) na atenção à saúde. Atualmente, existem cerca de 100 GHI e quatro delas contribuem com parcela substantiva de todo financiamento para a saúde proveniente da ajuda externa: o Fundo Global de Luta Contra o Aids, Tuberculose e Malária (Fundo Global); a Aliança Global para Vacinas e Imunização (GAVI); o Plano de Emergência dos EUA para o Alívio da Aids (PEPFAR); e o Programa Multi-países do Banco Mundial para a Aids (MAP) (WHO, 2009)⁸.

Essa proliferação de atores, de recursos e de apoio político em prol da saúde global ainda não produziu, entretanto, mudanças compatíveis com os investimentos realizados, embora existam algumas evidências em contrário, pelo menos em algumas áreas, como a de controle da aids e da malária (WHO, 2009). Em termos gerais, acentuaram a fragmentação nos sistemas de saúde e, em muitas partes do mundo, mesmo em países com história reconhecida de sucesso econômico, a saúde continua sendo um enorme desafio. Essa constatação levou a um grande debate global sobre a efetividade das ajudas internacionais em saúde, provocando iniciativas e mecanismos de coordenação dos doadores, acordados na Declaração de Paris, em 2005, e

reiterados na Declaração de Accra, em 2009.⁹

Algumas outras parcerias se dirigiram também para a área de pesquisa em saúde (como o *Global Forum for Health Research* e o *Council on Health Research and Development—COHRED*) ou de investigação em políticas e sistemas de saúde (*Alliance for Health Policy and Systems Research*), que atuam em colaboração ou vinculadas à OMS.

Para alguns autores, o papel crescente das “formas de governo supra-estatal”, isto é, das instituições políticas internacionais, das agências financeiras, dos blocos político-econômicos supranacionais, dos *think tanks* globais, das GHI, entre outros, nas decisões setoriais, se constitui num problema adicional. Embora este fenômeno não seja novo, pois desde o final da segunda grande guerra o sistema internacional ganhou relevância, o que é novo é o aumento de poder dessas instituições transnacionais na condução da vida mundial, sobretudo nas últimas décadas¹⁰. Além disso, as regras, instrumentos e forma de atuação das instituições tradicionais na arena internacional não seriam mais adequadas para responder aos desafios impostos pelas mudanças mundiais. Daí que o conceito de governança global ganha significado (DENEULIN & TOWNSEND, 2006)¹¹.

Segundo Kickbusch (2000), já em 1998, Reinicke avançou na formulação da construção de “redes de governança”, que desemboca no conceito de governança global em saúde. Para estruturar esse ambiente de mudança, a implementação de uma política pública global dependeria de duas formas de subsídios – verticais (“pensar globalmente e agir localmente”) e horizontais, que implica na construção de parcerias público-privadas, potencializando a melhor capacidade de atuação de cada parceiro, numa dada circunstância (p. 228). O desafio da responsabilização estaria em colocar atores “divergentes” para atuar numa “rede de responsabilização conjunta” que refletisse a articulação das relações de poder vertical e horizontal (p. 984-5). Para essa mesma autora, isso redefine o foco de responsabilidade da OMS, reafirmando a sua missão em nome da saúde das populações e não dos interesses dos estados nacionais que são seus membros, configurando uma nova oportunidade de fortalecimento de sua vocação histórica de condutora do setor em nível internacional.

Por sua vez, Deneulin e Townsend (2006) acrescentam que a idéia de governança global não implicaria na criação de um governo mundial supra-nacional, nem de instituições com “super poderes”, mas sim no aumento da coerência, efetividade e legitimidade das instituições internacionais já existentes, na perspectiva de identificar e preencher os *gaps* da arquitetura regulatória das instituições multilaterais. Para que a governança global seja efetiva seriam necessárias novas regras

para sua institucionalização multilateral, assim como para a articulação e formação de parcerias com os novos atores não-estatais ou internacionais. E como governar sem os estados nacionais não é possível nem desejável, os estados seriam os principais atores nessa dinâmica mas deveriam “compartilhar sua soberania”. Sendo assim, as instituições e mecanismo internacionais deveriam complementar a ação dos governos locais, regionais ou nacionais e a responsabilidade nunca seria exclusiva dessas instituições. Portanto, deveria haver a participação democrática de vários atores, inclusive não-estatais, numa ordem legítima e aceita globalmente.

Essa “governança global” possibilitaria a provisão dos “bens públicos globais”, a partir de instrumentos internacionais (acordos convenções) negociados e assinados pelos governos de distintos países, relativos a questões especificamente problemáticas e de interesse global. Potencialmente, esses instrumentos podem funcionar como alavancadores de melhorias nas questões de saúde global. Entretanto, a sua assinatura não obriga os governos e países a nenhuma responsabilidade específica na implementação de políticas correlacionadas, o que diminui bastante a sua efetividade.

Em síntese, a “governança global em saúde” é definida de diferentes formas, mas o termo reflete um esforço importante em nível internacional, há alguns anos, para estabelecimento de um maior controle sobre os riscos que podem afetar a saúde das populações em âmbito global e de mecanismos de coordenação de doadores e de ajudas externas.

No que concerne à “diplomacia da saúde”, a emergência do termo é mais recente, e data do início deste novo século. Alguns autores têm sido pioneiros não apenas no uso da expressão, mas também na construção de uma definição e, principalmente, no registro dos fatos e mecanismos que configurariam a sua prática concreta.

Para Kickbusch et al. (2007), o conceito de diplomacia da saúde emerge para lidar com questões de saúde que transcendem as fronteiras nacionais e expõem os países a influências globais, induzindo uma coordenação mais estreita e coesa entre as autoridades dos setores de saúde e de relações internacionais. Ao mesmo tempo, a diplomacia da saúde seria o principal instrumento da governança global em saúde, ou seja, seria o mecanismo que possibilitaria a negociação e estabelecimento de compromissos e novas alianças, sejam bi ou multilaterais; seria *o mundo onde a arte da diplomacia se articula com a saúde pública* e os interesses nacionais concretos devem ser confrontados com as preocupações mais amplas da comunidade internacional, num ambiente de intenso *lobbying* e advocacia, onde os atores são variados e não se restringem aos diplomatas (p. 230)¹².

Segundo Novotny e Adams (2007), a diplomacia da saúde é uma atividade de mudança política, com o propósito duplo de melhorar a saúde global enquanto mantem e fortalece as relações internacionais, particularmente em áreas de conflito e ambientes com recursos escassos (p. 1).

Portanto, em termos gerais, a expressão saúde global vem sendo utilizada de diferentes maneiras e articula esses novos conceitos:

- a) para se referir à forma como se está enfrentando a questão da luta contra as doenças endêmicas e epidêmicas (ex. HIV/Aids, Tuberculose, Malária), sobretudo nos países do sul do mundo, assim como à maneira como se vem efetuando o controle de riscos para a saúde, incluídos os de pandemias (ex. gripe aviária, gripe A–H1N1), não raro numa perspectiva de “segurança global”;
- b) para analisar os impactos da globalização na saúde das populações, com foco central na política de saúde, em nível nacional, e sua interação com o nível internacional, na possibilidade de criação de uma “política de saúde global”, incluindo-se aí a discussão dos “bens públicos globais” e da “governança global”;
- c) para se discutir caminhos que permitam o alcance de uma “globalização mais equitativa” em termos de saúde, centrada primeiro na discussão das questões macroeconômicas e, posteriormente, nos determinantes da saúde; ou ainda
- d) para construir força política na perspectiva de estruturar “uma luta global pela saúde”.

Os enfoques utilizados para a discussão desses temas são variados e vão desde visões mais restritas, funcionalistas, ou perspectivas humanistas amplas, assim como enfoques históricos, de ciência política e de economia política.

A partir dessas referências, e para os objetivos desta formação, saúde global é entendida como *o resultado da influência recíproca e permanente entre as relações internacionais e os problemas de saúde, o que possibilita abordar o estudo dos determinantes nacionais e internacionais da saúde das populações desde uma perspectiva mais ampla e completa, que envolve o saber de distintas disciplinas, com vistas a propor a adoção de políticas sociais que apontam para a solução desses problemas* (GRUPO DE SALUD INTERNACIONAL, 1998, p.9)¹³. Sendo assim, saúde global se refere à área (ou campo de conhecimento) que lida com as questões internacionais que impactam ou se refletem na saúde das pessoas e populações e requerem intervenções e políticas específicas. Essas intervenções frequentemente ultrapassam as fronteiras

e o âmbito de decisão exclusivo dos estados nacionais e dependem da interveniência de diferentes atores para a sua formulação e implementação. E a diplomacia da saúde é entendida como os esforços de negociações múltiplas, das quais participam os mais variados atores, necessários para impulsionar mudanças relacionadas a questões de saúde que, ao mesmo tempo, promovam globalmente a saúde das populações mas sem perder de vista a dinâmica dialética entre os interesses nacionais específicos e a necessidade de manutenção e fortalecimento das relações internacionais (ALMEIDA & PIRES DE CAMPOS, 2009).

Em síntese, de uma forma ou de outra, tomando como referência os processos de globalização e internacionalização, com esses novos conceitos os autores chamam a atenção para a necessidade de se reconhecer o aprofundamento do conflito intrínseco entre as relações internacionais e o exercício de conciliação dos interesses nacionais como um dos aspectos de maior transcendência na reflexão sobre a saúde global e a diplomacia da saúde. Essa exacerbação de conflitos estaria relacionada à distribuição assimétrica de poder entre estados nacionais, também potencializada pela globalização, que resultaria numa capacidade desigual de influência sobre o sistema global (ROVERE, 1992; GODUE, 1998; PANISSET, 1999; LEE et al., 2002).

Portanto, para enfrentar essa complexidade que afeta globalmente a saúde das populações em diversas partes do mundo são necessárias intervenções e políticas específicas e ainda não existe suficiente produção de conhecimentos e pessoal capacitado para enfrentar essa nova realidade.

Nosso eixo de discussão e enfoque analítico: relações entre globalização e saúde

Desde os meados dos anos de 1990 as relações entre globalização e saúde passaram a merecer crescente atenção e a partir do final dessa mesma década expande-se rapidamente o interesse na produção de conhecimentos sobre o tema, assim como se multiplicam os cursos e seminários voltados para a formação e capacitação de pessoal para lidar com as questões oriundas dessas relações, tanto na saúde quanto na diplomacia.

No que concerne ao termo genericamente conhecido como “globalização”, alguns autores o utilizam para se referir a um processo antigo, inerente ao capitalismo; e outros o vêem como um fenômeno novo, multifacetado, com várias dimensões interligadas. Concretamente, ambas as percepções se complementam, pois a crescente interdependência das economias do mundo, de fato, é um fenômeno antigo

e inerente ao capitalismo, mas os aspectos recentes da globalização não são fenômenos “naturais”, nem dinâmicas inexoráveis, mas sim ativamente produzidos em específicas conjunturas político-econômicas (TAVARES & MELIN, 1998), com sérias repercussões nos campos econômico, social, político e cultural.

Enquanto o significado preciso do termo globalização é objeto de debates e disputas teóricas, é consenso o fato de que o seu desenvolvimento e evolução, nas últimas décadas, transformou profundamente o contexto mundial em praticamente todos os âmbitos da vida das pessoas, em todo o planeta.

Para o que interessa discutir aqui, assume-se que a globalização é um processo complexo que se refere à intensificação das interações mundiais nas três últimas décadas e atinge as mais diversas áreas da vida social: da transnacionalização dos processos produtivos e financeiros à revolução tecnológica (informação e comunicação); da suposta erosão do estado nacional à redescoberta da sociedade civil; das grandes movimentações transfronteiriças (de pessoas e bens) ao protagonismo das empresas transnacionais e instituições financeiras multilaterais; das novas práticas culturais e identitárias aos estilos de consumo globalizado (SOUZA SANTOS, 2005, p.11; FIORI, 1997).

Como afirma Boaventura de Souza Santos *uma revisão dos estudos sobre os processos de globalização mostra-nos que estamos perante um fenômeno multifacetado com dimensões econômicas, sociais, políticas, culturais, religiosas e jurídicas interligadas de modo complexo* (2005, p.26).

Nessa perspectiva, a globalização não se manifesta como homogeneização e uniformização, como querem alguns, mas interage de maneira perversa com outras transformações mundiais – aumento dramático das desigualdades entre ricos e pobres (sejam países ou pessoas), enorme concentração de riqueza e poder (financeiro, político, tecnológico), catástrofes ambientais, conflitos étnicos e religiosos, migrações massivas, proliferação de guerras civis, intensificação do crime globalmente organizado etc. (FIORI, 2004; LEGGE, 2007). Longe de ser harmônico, esse processo é *um vasto e intenso campo de conflitos e de lutas, entre grupos sociais, estados e interesses hegemônicos, de um lado, e grupos sociais, estados e interesses subalternos, por outro* (SOUZA SANTOS, 2005, p.27). Ademais, como a globalização hegemônica é produto também das decisões dos estados, é um *ato eminentemente político* (SOUZA SANTOS, 2005, p.50)¹⁴.

O destaque do aspecto econômico se relaciona ao fato que as modificações nos arranjos e políticas econômicas, tanto em nível nacional como internacional, parecem ter

desencadeado essas transformações. Além disso, o discurso econômico de carácter 'liberal', subjacente a essas mudanças, ressuscitou a justificativa original a favor da organização social capitalista. Fiori nos recorda que, a partir do famoso livro de Adam Smith sobre a "Riqueza das Nações", de 1776, se consolidou a percepção de que o capitalismo promoveria um avanço das forças produtivas, dando lugar a toda uma série de utopias relacionadas à idéia de progresso material e homogeneização social. *Entre estas, a mais antiga de todas é a liberal, que se manteve viva desde então e recentemente culminou com a [...] a globalização.* Parte dessa utopia previa que o desenvolvimento das forças produtivas e a universalização da riqueza sob o capitalismo conduziram ao desaparecimento dos Estados territoriais (FIORI, 1999, p.14-5). Essa mesma "ideia força" esteve subjacente à globalização.

Entretanto, se a utopia permaneceu e recobrou força com a globalização, a evolução histórica não comprovou essa previsão, pelo contrário, como observa Fiori: os últimos dois séculos mostram um processo de tremenda concentração do poder político e da riqueza num pequeno número de estados, basicamente europeus¹⁵, ao qual logo se incorporaram os Estados Unidos e o Japão. *Assim, o que não se comprovou foi o pressuposto de que os estados nacionais, com seus poderes e suas competições, seriam substituídos pelos mercados, ao qual desde Adam Smith e David Ricardo, se outorga uma suposta capacidade de estimular o desenvolvimento e equiparar as riquezas* (FIORI, 1999, p.14-5). O fracasso econômico liberal do período entreguerras e o surgimento de uma disputa entre os sistemas de organização social competitivos que procuravam estender seus domínios territoriais – a Guerra Fria – conduziu a um otimismo desenvolvimentista que se difundiu por todo o mundo, sob o auspício das novas instituições multilaterais criadas logo após a segunda guerra mundial, como as Nações Unidas e o Banco Mundial. Assim, ganhou força a percepção de que o desenvolvimento econômico se estenderia por todo o planeta. De fato, durante os 'anos dourados' reduziu-se a distância entre a riqueza dos países industrializados e a dos em desenvolvimento (FIORI, 1999, p.16).

Porém, a partir dos meados dos setenta, esse caminho sofreu uma reversão¹⁶. As diversas teorias desenvolvimentistas elaboradas no imediato pós-segunda guerra foram objeto de duras críticas. Assim, apesar de que foi somente durante essa época que os países do 'Terceiro Mundo' conseguiram crescer a uma taxa média superior à dos países mais ricos, nas décadas de 1980 e 1990 estes países foram estimulados ou compelidos a abandonar suas estruturas econômicas

e institucionais a favor de outra que tivesse como eixo organizador os princípios do livre mercado. Isto é o que coloca em evidência a existência de uma ordem hierárquica internacional entre os estados nacionais. Seguindo a análise de Fiori, a ordem econômica e política liberal apresenta uma dupla hierarquia internacional – de poder econômico e político – e o renascimento liberal nos anos de 1980 foi uma clara demonstração dessas hierarquias. Este retorno teve dois momentos de aceleração e radicalização: com a vitória política das forças conservadoras no Reino Unido, Estados Unidos da América e Alemanha, desde 1979, e, no começo da década dos noventa, com a dissolução do mundo socialista e o fim da Guerra Fria. Assim, recobraram forças a aplicação de medidas tendentes a restabelecer mercados autorregulados: abertura e desregulação dos mercados internos e externos, particularmente os de trabalho e dinheiro.

Os autores chamam a atenção que ao se partir de uma perspectiva analítica que toma a dimensão econômica como predominante, transmite-se a idéia de que é um processo não apenas linear, mas também consensual (TAVARES & MELIN, 1998; FIORI, 1999; SOUSA SANTOS, 2005). Essa percepção, ainda que falsa, é dominante e tem sido difundida mundialmente com impactante rapidez (ANDERSON, 1995), mas mesmo no campo hegemônico existem divisões internas e divergências sobre quais seriam as principais dimensões da globalização. De qualquer forma, a idéia de globalização é pautada por determinados consensos "fabricados" que, conjuntamente, constituem o chamado consenso neo-liberal ou "Consenso de Washington" (formulado e explicitado nos anos 1980) (FIORI, 1997; SOUSA SANTOS, 2005). Esses consensos não apenas conferem a esse processo suas características dominantes, mas também o legitimam como o único possível ou adequado, seja em relação à interpretação dos fenômenos, seja em relação às prescrições de solução.

No plano econômico, esse consenso se pauta por quatro principais inovações institucionais: restrições drásticas à regulação estatal da economia; expansão das privatizações; criação de novos direitos de propriedade internacional para investidores estrangeiros, cientistas e criadores de inovações passíveis de propriedade intelectual; submissão dos Estados nacionais aos ditames das agências multilaterais (Banco Mundial–BM, Fundo Monetário Internacional–FMI, Organização Internacional do Trabalho–OIT). Isto significa exacerbação da influência dos organismos internacionais na formulação e implementação de políticas, cujas "condicionalidades", impostas pelos bancos credores, diminuem de forma importante a autonomia dos Estados nacionais para redefinir suas políticas (GILPIN, 1993; MALLOY,

1993; KAUFMAN, 1995). Identifica-se assim um importante rearranjo no poder de condução dessa dinâmica global.

As receitas advindas dessas premissas foram aplicadas mundialmente, com maior ou menor rigor, e provocaram *turbulências no contrato social, nos quadros legais e nas molduras institucionais*, sobretudo nos países da periferia (SOUZA SANTOS, 2005, p.31), uma vez que são os que mais tem estado sujeitos às imposições e são prejudicados por elas. A perda de capacidade e autonomia dos estados mais débeis para definir suas próprias políticas significou também, dentro do sistema inter-estatal vigente, uma maior submissão aos interesses dos estados mais fortes.

Observa-se ainda aumento das doações e ajudas humanitárias para enfrentar as questões sociais e sanitárias, assim como complexificação dos acordos, tratados e instrumentos que regulam as relações entre países, fenômenos mais recentes e decorrentes das medidas tomadas para superar os problemas induzidos por essa dinâmica (FIORI, 2004, 2007; GARRETT, 2007).

No plano social e político, as iniquidades se agravaram, sobretudo nos anos de 1980, e a concentração da riqueza mundial atingiu proporções escandalosas e, de novo, os países periféricos são os que lideram o *ranking* mundial nesse quesito. *A economia é dessocializada, o conceito de consumidor substitui o de cidadania e o critério de inclusão deixa de ser o direito para passar a ser a solvência [...]* (SOUZA SANTOS, 2005, p.43); ou insolvência dos pobres, para os quais se preconizam medidas compensatórias que mitigam, mas não eliminam a exclusão (ALMEIDA, 1995, 1996, 1997; 2002a, b; 2006).

E no plano cultural, observa-se uma mudança de ênfase dos fenômenos sócio-econômicos para os culturais, reacendendo a questão da primazia causal na explicação da vida social; além de que se articula com outra temática igualmente central – até que ponto a globalização acarreta homogeneização e, principalmente, que relações de poder produzem a homogeneização ou a diferenciação (SOUZA SANTOS, 2005, p. 44-6).

Enfim, aparentemente transparente e simples, a ideia de globalização, tal como utilizada de forma corrente e imprecisa, obscurece mais do que esclarece, pois existe na literatura uma pluralidade de discursos que evidenciam a necessidade de que qualquer *reflexão teórica crítica deve poder captar a complexidade dos fenômenos que ela envolve e a disparidade dos interesses que neles se confrontam* (SOUZA SANTOS, 2005, p.54).

Boaventura de Souza Santos constata três aparentes contradições presentes nesses discursos, que identificam

a transição histórica que o mundo estaria vivendo e que poderiam ser utilizadas para uma nova construção teórica. A primeira contradição é entre globalização e localização, pois ao mesmo tempo em que as relações sociais parecem estar cada vez mais desterritorializadas, emergem novas identidades regionais, nacionais e locais. A segunda é entre o Estado-nação e o não-Estado transnacional, que coloca como um dos pontos mais controversos desse debate a questão do papel do Estado num mundo globalizado. E a terceira está referida, por um lado, à visão da globalização como prova da energia renovada e incontestável do capitalismo; e, por outro, pela percepção da globalização como oportunidade para ampliar a escala e o âmbito da solidariedade transnacional e das lutas anti-capitalista.

Essas disjunções assinalariam, para este autor, um *período transacional* no que respeita a três dimensões principais: *transição no sistema de hierarquias e desigualdades do sistema mundial; transição no formato institucional e na complementaridade entre instituições; transição na escala e na configuração dos conflitos sociais e políticos* (SANTOS, 2005, p.55-6). Outros autores endossam essa visão, partindo, entretanto, de outra chave analítica, mais referida à discussão da hegemonia na condução do poder global (FIORI, 2004, 2007). Além disso, contraditoriamente, *o retraimento do estado não pode ser obtido senão a través da forte intervenção estatal. O estado tem de intervir para deixar de intervir, ou seja, tem de regular a sua própria desregulação* (SOUZA SANTOS, 2005, p.38). Simultaneamente, tem que se fortalecer para promover as reformas, ao mesmo tempo que reformar-se a si mesmo (FIORI, 1997).

As novas relações mundiais produzidas pelas transformações vinculadas ao fenômeno globalizatório significaram alteração importante das formas como se atendiam os diversos âmbitos da vida social. Uma das consequências dessas mudanças, que tem sido objeto de maior atenção, é que essas transformações simultâneas têm modificado os determinantes da saúde, a partir de alterações da estratificação social e dos diferenciais de vulnerabilidade e exposição aos riscos, assim como das características dos sistemas de saúde, que se refletem nas desigualdades no acesso aos serviços (LABONTE & SCHRECKER, 2007, p.9). O impacto desses processos de mudança levou ao surgimento de novos padrões nas relações entre saúde e doença, que não necessariamente se restringem às fronteiras nacionais (LABONTE & SCHRECKER, 2007, p.34), seja pela absurda piora nas condições de vida de importantes parcelas da população mundial, com aumento exponencial da fome, da pobreza, dos riscos e a consequente insegurança que acarretam, principalmente no sul; seja, pelo

surgimento de novas questões problemáticas, propriamente sanitárias ou que impactam particularmente a saúde das pessoas, também resultado desses processos, tais como, emergência e re-emergência de doenças e epidemias (novas e velhas), desestruturação dos sistemas de serviços de saúde, enorme aumento dos deslocamentos e migrações (de pessoas e de profissionais), entre outros.

Identifica-se um esforço importante, há alguns anos, para construção de marcos analíticos amplos que iluminem essas relações entre globalização e saúde, considerando seus impactos nos determinantes sociais da saúde, baseados em evidências; e para recuperação do enfoque dos direitos humanos e de bem público global como marcos de uma melhor governança global em saúde.

No âmbito da OMS, inicialmente, esse esforço se traduziu nos trabalhos da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde-CMS (criada em 2000, pela OMS, com apoio financeiro do Banco Mundial e da Fundação Bill e Melinda Gates), cujo relatório foi divulgado em junho de 2001 e apresentado à Assembléia Mundial da Saúde em janeiro de 2002¹⁷. As conclusões da CMS são bastante aderidas ao relatório do Banco Mundial, de 1993 (“Relatório do Desenvolvimento Mundial: Investir em Saúde”; *World Development Report: Investing in Health*, World Bank, 1993), que fez uma análise da saúde no mundo a partir de parâmetros estritamente econômicos e estabeleceu o cenário para reformas nas políticas de saúde. A CMS reconheceu as críticas aos programas verticais tradicionais; criou o termo *scaling up* para designar as intervenções selecionadas para as quais os recursos fluiriam dos países ricos para os pobres, gerenciados a partir de um Fundo Global para Aids, Tuberculose e Malária. Entretanto, não avançou em relação a propostas que possibilitariam esse desenvolvimento nos países pobres, nem tampouco discutiu os termos de submissão do sul em relação ao norte, sobretudo no que concerne aos pagamentos das dívidas e às desigualdades estruturais nas negociações comerciais que estão na base da pobreza e da doença (LEGGE, 2007).

Paralelamente, o estabelecimento dos Objetivos do Milênio (ODM, 2000) (MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS REPORT, 2009), estabeleceu 8 metas a serem alcançadas até o ano 2015, que vão desde superar a pobreza extrema, controlar a epidemia de HIV/aids, até alcançar educação primária universal, reduzir mortalidade infantil e melhorar a saúde materna, promover a igualdade de gêneros e o empoderamento das mulheres, assegurar sustentabilidade ambiental e desenvolver parcerias globais para o desenvolvimento. Também aqui, a definição das metas foram precedidas de trabalhos especializados de vários grupos de profissionais de todo o mundo.

E, alguns anos depois, em março de 2005, foi estabelecida a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde—CDSS (*Commission on Social Determinants of Health—CSDH*)¹⁸, também pela OMS. A CDSS chama a atenção das sociedades para os determinantes sociais da saúde e pretende apoiar os países, e parceiros na saúde global, no enfrentamento dos fatores que levam à má saúde e às iniquidades, além de sugerir mudanças políticas que promovam práticas que efetivamente enfrentem os determinantes sociais da saúde. Coloca a saúde como uma meta a ser partilhada por distintos setores da sociedade, além de apoiar a construção de um movimento global para a ação em prol da equidade em saúde e dos determinantes sociais da saúde, interrelacionando governos, organizações internacionais, instituições de pesquisa, sociedade civil e comunidades. Para levar a cabo seus objetivos, a Comissão trabalhou com uma série de *Knowledge Networking Groups* compostos por especialistas do mundo inteiro e que produziram Relatórios temáticos específicos¹⁹.

Em comum, todos esses trabalhos levam em consideração que a questão da saúde global está vinculada a dinâmicas mais amplas que extrapolam em muito o campo setorial, mas enfocam o problema a partir de diferentes perspectivas. Mesmo assim, esses debates contribuem, ainda que de forma desordenada, para a construção do conceito de saúde global, trazem elementos importantes para a reflexão sobre o papel da diplomacia da saúde e colocam desafios significativos para atuação nessa área.

O I Curso de Especialização em Saúde Global



e Diplomacia da Saúde: estrutura curricular e primeiros resultados

A ideia de estruturar a área de Saúde Internacional na Fiocruz, formando recursos humanos capacitados para atuar em saúde em nível internacional, não é nova e remonta aos anos de 1990, quando a Fiocruz participou das discussões promovidas pela OPS para a revisão do conceito de saúde internacional e da formação de pessoal nessa área, (PAHO, 1992).²⁰ De lá para cá, várias iniciativas da Fiocruz caminharam nessa direção e, em 2006, essa vontade política começou a se concretizar²¹ incluindo-se a progressiva maior participação da instituição nos fóruns e arenas internacionais da saúde. Nesse mesmo ano foi instituído um grupo de trabalho institucional reunindo profissionais de diferentes Unidades da Fiocruz, que discutiu e formulou um programa de trabalho articulando

pesquisa e ensino na área de saúde global e diplomacia da saúde. A realização do I Curso de Especialização em Saúde Global e Diplomacia da Saúde culminou esse processo de institucionalização da área.²²

Os conteúdos do Curso vêm sendo construídos a partir do trabalho de investigação desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa “Saúde Global e Diplomacia da Saúde”, registrado no CNPq desde 2008, das discussões conjuntas realizadas entre os professores que participaram do Curso, pertencentes a diferentes Unidades e Instituições, internas e externas à Fiocruz, tanto do setor saúde, quanto das relações internacionais e da diplomacia.

O I Curso de Especialização em Saúde Global e Diplomacia da Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública ‘Sergio Arouca’ (ENSP), realizou-se em Brasília, no período de maio de 2008 a abril de 2009 e contou com a participação de diferentes instituições, internas e externas à Fiocruz²³, assim como com a colaboração operacional do Escritório de Representação da Organização Panamericana da Saúde no Brasil e da representação da Fiocruz (Direb), ambos

em Brasília. Diplomatas e profissionais do Ministério das Relações Exteriores—MRE e autoridades do Ministério da Saúde—MS, do Brasil, também participaram do curso, ministrando conferências e palestras, ou integrando mesas redondas de debates sobre temas específicos. E profissionais da Opas, de Washington, e da OMS, de Genebra, também foram convidados e integraram a equipe de professores. Seus objetivos estão especificados no Box a seguir.

O processo de seleção teve 39 profissionais inscritos e foram selecionados 34, dos quais 4 não se matricularam. O Curso contou com 30 alunos e 26 o finalizaram e foram aprovados (87% do total), sendo que 4 desistiram da formação, em distintos momentos, principalmente por limites impostos pelos seus respectivos cotidianos de trabalho. A grande maioria (28 alunos – 93,4%) trabalhava no Ministério da Saúde, principalmente em Brasília. No que concerne à profissão, 73% tem formação básica em áreas não propriamente da saúde, sendo que 36,7% são formados em relações Internacionais, confirmando o crescimento desse tipo de profissional nos últimos anos no

Box - Objetivos do I Curso de Especialização em Saúde Global e Diplomacia da Saúde

Objetivo geral

Capacitar os alunos para analisar e discutir as relações entre a dinâmica da globalização e seu impacto sobre as políticas de saúde, os sistemas de saúde e proteção social e a saúde das populações em nível nacional e internacional.

Objetivos específicos

Capacitar os alunos para

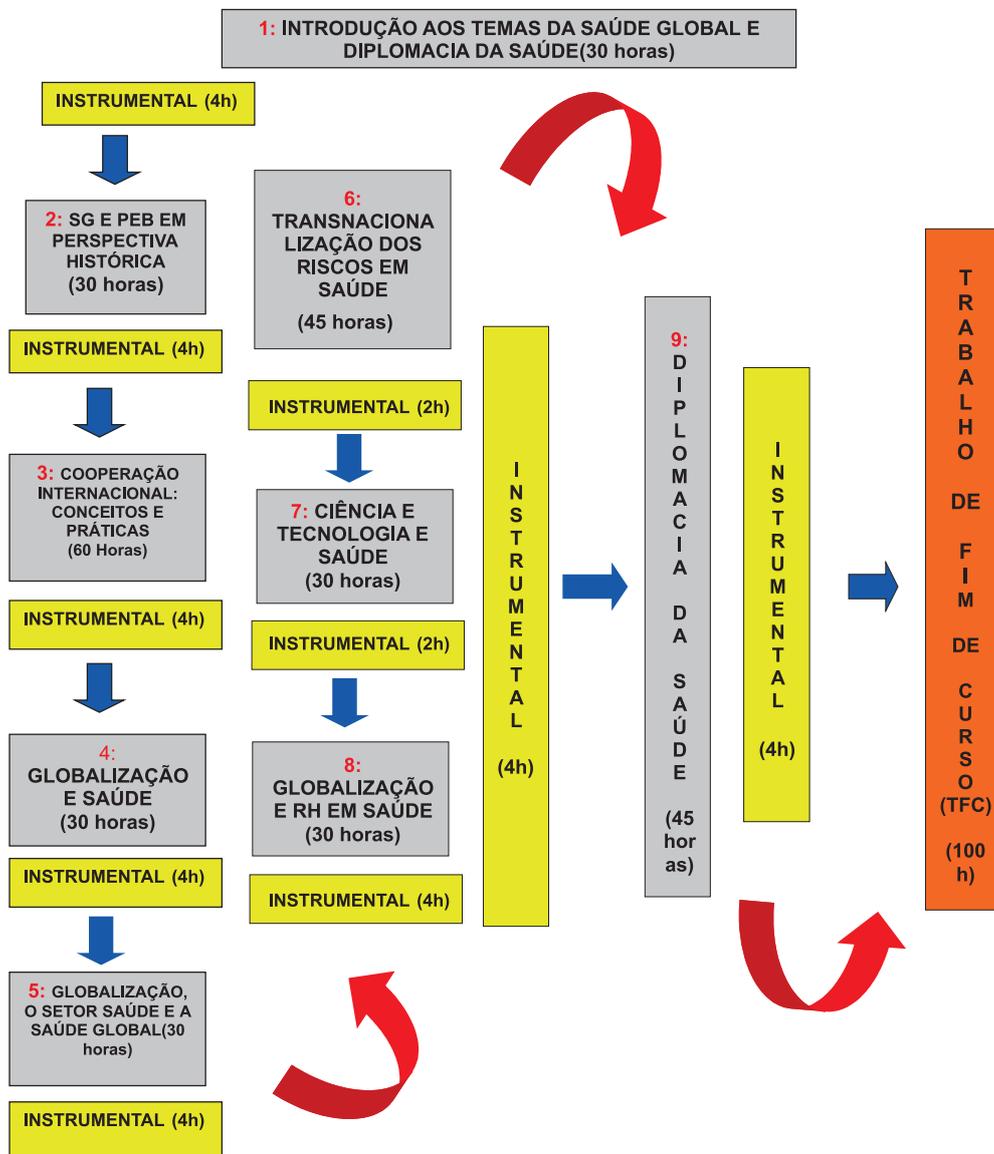
- 1) Analisar e discutir as formas como a globalização está impactando as políticas de saúde, os sistemas de saúde e a saúde das populações (em nível nacional).
- 2) Analisar e discutir que políticas (em nível nacional e global) são necessárias para responder aos desafios impostos por esses processos e evitar (ou pelo menos minimizar) o ônus que acarretam para a saúde das populações.
- 3) Analisar e discutir as questões relativas à saúde global que impactam as relações internacionais.
- 4) Identificar e analisar as questões relativas à saúde que são intrínsecas às relações internacionais.
- 5) Desenvolver os conhecimentos necessários para subsidiar o debate sobre relações internacionais e saúde.
- 6) Apoiar o processo de decisão para a construção e implementação de políticas voltadas para o alcance de maior equidade nos sistemas de saúde e de proteção dos bens públicos globais capazes de colaborar para o bem-estar da humanidade.

Fonte: Relatório Final de Avaliação do I Curso de Especialização em Saúde Global e Diplomacia da Saúde, Junho de 2009, e Programa Final do Curso, ENSP/Fiocruz (mimeo).

Quadro – Síntese da Estrutura do Curso e Coordenações

COORDENAÇÃO GERAL: Celia Almeida (ENSP/Fiocruz), Rodrigo Pires de Campos (DIREB-Fiocruz/Brasília) e José Paranaguá de Santana (OPS/Escritório de Representação no Brasil, Brasília)		
UNIDADE APRENDIZAGEM	HORAS	COORDENAÇÃO
UA 1 – Introdução ao tema da Saúde Global	30 horas	Celia Almeida, MD, MPH, PhD (ENSP/Fiocruz). Colaboração do CRIS/Fiocruz e de professores do IREL/UNB.
UA 10 – Instrumental	4 horas	Celia Almeida, MD, MPH, PhD (ENSP/Fiocruz) e José Paranaguá Santana, MD, MPH (OPAS–Representação do Brasil, Brasília/Unidade Técnica de Políticas de Recursos Humanos). Colaboração de Paulo Buss, do CRIS/Fiocruz.
UA2 – Saúde Global e Política Externa Brasileira: perspectiva histórica	30 horas	Gilberto Hochman, Doutor em Ciência Política (COC/Fiocruz). Colaboração de professores do IRI/PUC, Rio de Janeiro.
UA 10 – Instrumental	4 horas	Celia Almeida e José Paranaguá Santana. Colaboração de Paulo Buss e do CRIS/Fiocruz.
UA 3 – Cooperação Internacional: conceitos e práticas	60 horas	Rodrigo Pires de Campos, Doutor em Cooperação Internacional para o Desenvolvimento, Universidade Católica de Brasília-PUC, DIREB/Fiocruz. Colaboração da OPAS/Brasília e do CRIS/Fiocruz.
UA 10 – Instrumental	4 horas	Celia Almeida e José Paranaguá Santana. Colaboração de Paulo Buss.
UA 4 – Globalização e saúde	30 horas	Andrés Ferrari Haines, Mestre e Doutor em Economia (IEI/UFRJ; FE/UFF; ENSP/FIOCRUZ). Colaboração de professores dos Institutos de Economia da UFRJ e da UNICAMP.
UA 10 – Instrumental	4 horas	Celia Almeida e José Paranaguá Santana.
UA 5 – Globalização e reformas do setor saúde	30 horas	Celia Almeida, MD, MPH, PhD (ENSP/Fiocruz). Colaboração de Mario da Poz, OMS/Genebra, Cesar Vieira, ex-OPS/Washington
UA 10 – Instrumental	4 horas	Celia Almeida e José Paranaguá Santana Colaboração de Paulo Buss.
UA 6 – Transnacionalização dos riscos	45 horas	Carlos Machado de Freitas, Doutor em Saúde Pública (ENSP/CESTEH/FIOCRUZ).
UA 10 – Instrumental	2 horas	Celia Almeida e José Paranaguá Santana Colaboração de Ulysses Panisset e de David L. Heymann, da OMS/Genebra.
UA 7 – Globalização e Ciência e Tecnologia e Saúde	30 horas	Claudia Chamas, Doutora em Ciências (Biofísica) (IOC/FIOCRUZ)
UA 10 – Instrumental	2 horas	Celia Almeida e José Paranaguá Santana Colaboração de Paulo Buss.
UA 8 – Globalização e recursos humanos em saúde	30 horas	Célia Pierantoni, Doutora em Saúde Coletiva (IMS / UERJ); José Paranaguá Santana, MD, MPH (OPAS–Representação do Brasil, Brasília/Unidade Técnica de Políticas de Recursos Humanos); José Roberto Ferreira, Doutor Honoris Causa, ENSP/Fiocruz. Colaboração da Secretaria de Recursos Humanos do MS/Brasil.
UA 10 – Instrumental	4 horas	Celia Almeida e José Paranaguá Santana.
UA 9 – Diplomacia da saúde	45 horas	Rodrigo Pires de Campos, Doutor em Cooperação Internacional para o Desenvolvimento, Universidade Católica de Brasília-PUC, Brasília, e DIREB/Fiocruz, Brasília. Colaboração de professores do IREL/UNB, diplomatas e profissionais do MRE/Brasil.
UA 10 – Instrumental	4 horas	Celia Almeida e José Paranaguá Santana.
SUB-TOTAL	360 horas	
Elaboração do Trabalho de Fim de Curso (TFC)	100 horas	Apoio e acompanhamento de 12 tutores, de diferentes instituições. TFC apresentados como posters na sessão de encerramento do Curso.
TOTAL	460 horas	

Curso de Especialização em Saúde Global e Diplomacia da Saúde (460 horas)



Brasil. Do total de alunos, 20% possuíam pós-graduação (especialização ou mestrado) e dois estavam terminando o Doutorado em áreas afins, sendo um no exterior.

A maioria dos alunos trabalha com cooperação internacional ou áreas correlatas (26 alunos, totalizando 86,6%), sendo que no grupo do Ministério da Saúde apenas 3 não trabalhavam diretamente com essa área.

A montagem do currículo do curso foi centrada fundamentalmente na perspectiva de estabelecer um diálogo substantivo entre as áreas de saúde e relações internacionais (ver Quadro a seguir). Foi estruturado com um

total de 460 horas, sendo 360 horas/aula distribuídas em 10 Unidades de Aprendizagem (UA), com caráter modular, ministradas durante 8 meses, de forma concentrada nas primeiras semanas de cada mês. Uma Unidade Instrumental, com um total de 30 horas, foi ministrada durante todo o Curso, distribuída depois de cada uma das Unidades (ver Diagrama do Curso a seguir).

Ao fim de cada Unidade os alunos foram avaliados a partir de provas escritas ou trabalhos específicos.

Para a elaboração do Trabalho de Fim de Curso (TFC) foram dedicadas 100 horas. Cada aluno trabalhou um tema/



Exposição dos posters apresentando os Trabalhos de Fim de Curso dos alunos do I Curso de Especialização em Saúde Global e Diplomacia da Saúde. Auditório da Representação da OPS em Brasília. Abril, 2009. Designer dos posters e fotógrafo: Heron Ramos.

problema que fosse relevante ou tivesse que ser enfrentado no seu desempenho cotidiano e foi acompanhado nessa tarefa por um tutor, especificamente designado para isso. Os TFC foram apresentados na forma de *posters* na sessão final de encerramento do Curso (Figura).

Foi realizada a avaliação do Curso separadamente, ao fim de cada Unidade, pelos alunos e pelos docentes, e, ao final do curso, de forma comparativa entre as Unidades e do curso como um todo. O resultado dessa avaliação foi, em geral, muito elogioso e positivo, tanto da parte dos alunos quanto dos professores. Realizou-se também um Seminário Final para avaliação do curso e definição dos rumos futuros, com a participação dos docentes, dirigentes e especialistas da área, e foram discutidos os desafios e dificuldades a serem superadas nos próximos cursos. Alguns temas foram identificados como insuficientemente trabalhados, tais como direito internacional, elaboração de projetos, programas e de instrumentos de saúde global e diplomacia da saúde (tratados, acordos, convenções etc.). Da mesma forma sugeriu-se introduzir mais exercícios práticos de dinâmicas e técnicas de negociação, simulação de situações de crise e discussão de casos exemplares.

Como desdobramento dessa primeira experiência, a ENSP/Fiocruz pretende iniciar na pós-graduação *stricto sensu* o Mestrado em Saúde Global e Diplomacia da Saúde, assim como continuar com o Curso de Especialização.

Para concluir

A breve discussão apresentada neste artigo atesta a conformação de novos objetos na área de saúde coletiva, denominados genericamente pelos termos saúde global e diplomacia da saúde (ALMEIDA et al., 2007-2008), mais incluem também outros conceitos, como o de bens públicos globais e governança da saúde global. Esses objetos vem sendo construídos a partir de determinadas

premissas, que, para os efeitos desta formação, podem ser assim sintetizadas: os diferenciais de poder e a maior interdependência entre os estados nacionais tem colocado novos problemas que repercutem de forma importante na área social, na qual a saúde se insere, e se constituem como desafios nacionais e internacionais, uma vez que extrapolam as fronteiras territoriais dos diferentes estados e necessitam negociações e acordos para serem superados.

As definições desses novos termos exigem refinamento e, principalmente, maior precisão conceitual. A literatura dedicada à discussão desse amplo processo multifacetado e, principalmente, à documentação de fatos, organização de dados e descrição de situações locais particulares, influenciadas ou “determinadas” por preceitos globais, já é numerosa, mas ainda é exígua a reflexão mais propriamente teórica e análises empíricas que permitam superar vezos explicativos e avançar na elaboração de marcos teóricos que possam dar conta dessa nova complexidade.

Nessa perspectiva, apesar dos avanços já conseguidos, ainda se faz necessário o desenvolvimento de marcos analíticos sólidos que dêem conta das contradições e paradoxos que conformam os discursos da globalização, por um lado e, por outro, das suas inter-relações com as questões da saúde.

De forma muito sintética, pode-se dizer que apesar do aumento, ainda insuficiente, de recursos para o combate à pobreza e às doenças, cada vez mais os países em desenvolvimento dependem das ajudas e da cooperação internacional para superar as dificuldades que se avolumaram nas últimas décadas. Em geral, estão pressionados, de forma avassaladora, por recursos financeiros “carimbados” pelos doadores e programas de cooperação internacional específicos e desarticulados, e têm que lidar com um contexto de graves condições de saúde, muito baixa capacidade de implementação e

de gestão. As ajudas humanitárias acabam por ser mal utilizadas e as cooperações inefetivas, não se alcançam os objetivos propostos nem tampouco o impacto desejado. As metas mudam ou são redefinidas continuamente, ao sabor das exigências dos doadores ou dos esforços de coordenação em nível nacional (UNRISD, 2007).

E aqui a outra face dessa moeda. O contexto no qual vários atores desse “drama” devem atuar não é promissor. Os implementadores das políticas (governos, profissionais de saúde, ONG nacionais e internacionais), muitas vezes altamente dependentes de recursos externos, devem seguir as normas e regras globais definidas pelas organizações internacionais e impostas pelos doadores dos recursos ou financiadores de projetos; trabalham sob pressão para mostrar “resultados”, segundo parâmetros do financiador, e não tem tempo para pensar nem entender a especificidade local da situação de saúde sobre a qual devem atuar. Os receptores dessas ações (as pessoas e populações) vivem e trabalham em condições extremamente precárias, onde muitas vezes não existem redes articuladas de serviços de saúde ou educação e a extensa pobreza é concomitante a altas taxas de analfabetismo e desinformação. A desilusão, a falta de confiança nos sistemas de saúde, a falta de comunicação, de informação e de esperança são comuns neste contexto (MOONEY & HOUSTON, 2008; THIEDE & MCINTYRE, 2008; ALMEIDA, 2008).

Essa situação coloca também novos desafios para a cooperação internacional²³ e é importante capacitar os profissionais para atuarem nessa área de forma adequada e mais efetiva.

Os resultados obtidos com o I Curso de Especialização em Saúde Global e Diplomacia da Saúde são animadores e confirmam que essa é uma área prioritária para capacitação de profissionais no Brasil, tendo em vista as mudanças recentes da política externa brasileira e a prioridade atribuída à saúde nos projetos de cooperação Sul-Sul que o Brasil vem desenvolvendo²⁴, assim como as demandas que temos recebido para a realização de outras capacitações semelhantes. Os conteúdos escolhidos mostraram-se acertados, mas tem que ser melhorados, e a metodologia de avaliação forneceu importantes subsídios para a necessária revisão dessa formação, a ser implementada na sua re-edição.

Notas

1. Para uma discussão mais detalhada sobre a saúde global e a diplomacia da saúde como novos objetos da saúde coletiva, ver ALMEIDA et al. (2007-2008).

2. Os documentos que laçam as políticas e estratégias de “Saúde para Todos” (OMS, Technical Cooperation. 30th World Health Assembly, Genebra, Maio, 1977), Atenção Primária de Saúde (OMS. Estrategia Mundial de Salud para Todos em el Año 2000. Series Salud para Todos No. 3, Genebra, 1981) e a Estrategia Mundial de Saúde para Todos (WHO e UNICEF. Atención Primaria de Salud. Relatório Final da Conferencia sobre Atenção Primaria de Saúde, Alma Ata, USSR, Setembro, 1978), definem claramente que as ações internacionais de saúde desempenham papel central no alcance dessa meta (Rodríguez, 1992:128)

3. A realização da 1ª Conferência Sanitária Internacional é um marco histórico da cooperação internacional e ocorreu em Paris em 1851. Pela primeira vez os estados europeus se reuniam para discutir iniciativas coordenadas de cooperação para o combate às ameaças da cólera, peste e febre amarela (FIDLER, 2004).

4. Essa argumentação foi adaptada de LEE et al., 2002, mas acrescida da percepção da autora sobre essa discussão.

5. [...] *as having non-excludable, non-rival benefits that cut across borders, generations and populations.*

6. A definição de *common goods* é: *A characteristic of common goods is that they cannot be chosen by individuals alone. They can neither be constructed by individuals separately, nor are they a collectively generated ‘resource bank’ available to individuals to choose, or not choose, from. Yet neither do they exist only because of some kind of forced co-operation. Common goods exist because of a tradition of shared action which makes them possible, and in which people participate freely, thereby sustaining and developing it. Of course particular people may freely choose to begin to participate or to cease to do so. But, rather than being attainable simply by individual choice of a pre-existing resource, such goods exist only in the common action that generates them* (DENEULIN & TOWNSEND, 2006, p.12).

7. Segundo Ledge (2007), muito da pressão para a constituição dessas parcerias foi desencadeada pela necessidade de mobilizar a “caridade corporativa” para aliviar a “crise dos medicamentos” nos países em desenvolvimento e tentar impedir o risco de uma reforma mais profunda nos regime de propriedade intelectual (LEGG, 2007, p.14).

8. Os nomes originais são: *The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (Global Fund); Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI); the US President’s Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR); e o World Bank Multi-Country AIDS Program (MAP)*. Em 2007, o Fundo Global doou US\$2.16 bilhões e o PEPFAR US\$ 5.4 bilhões e, conjuntamente com o MAP, essas três GHIs contribuíram com mais de dois terços de todo financiamento externo mundial para o controle das epidemias de HIV/AIDS e de malária, principalmente nos países com poucos recursos. Em muitos desses países, sobretudo na África, a dependência de financiamento externo dos orçamentos governamentais para a saúde é de mais de 50% (WHO, 2009, p.2137-38).

9. Para maiores detalhes ver Almeida et al. e Buss & Ferreira, neste mesmo número.

10. Entre as instituições das Nações Unidas com influência direta sobre a saúde das populações a OMS é a principal delas, ainda que

não hegemônica em muitas conjunturas; mas, muitas outras também atuam no setor desempenhando importantes papéis – Unicef, Unaiids, UNDP, Unep e Banco Mundial – este último com importante liderança, sobretudo a partir dos anos 1990 (MELO & COSTA, 1995; ALMEIDA, 1995, 2005; BROWN et al., 2007).

11. Segundo Deneulin e Townsend (2006) foi formulado a partir de uma iniciativa do governo belga.

12. *Global health diplomacy is at the coal-face of global health governance - it is where the compromises are found and the agreements are reached, in multilateral venues, new alliances and in bilateral agreements. It is a world to which outsiders find it difficult to relate, where the art of diplomacy juggles with the science of public health and concrete national interest balances with the abstract collective concern of the larger international community in the face of intensive lobbying and advocacy. No longer do diplomats just talk to other diplomats - they need to interact with the private sector, nongovernmental organizations, scientists, activists and the media, to name but a few, since all these actors are part and parcel of the negotiating process* (KICKBUSCH, 2007, p. 230).

13. Essa definição foi elaborada pelo *Grupo de Salud Internacional de la Pontificia Universidad Javeriana - Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales, Facultad de Ciencias Económicas e Administrativas, e Facultad de Enfermería*, para conceituar saúde internacional. Entretanto, nos parece muito apropriada para o conceito de saúde global, na perspectiva analisada neste ensaio (GRUPO D E SALUD INTERNACIONAL, 1998, p.9).

14. *O facto de as decisões políticas terem sido, em geral, convergentes, tomadas durante um período de tempo curto, e de muitos Estados não terem tido alternativa para decidirem de modo diferente, não elimina o carácter político das decisões, apenas desloca o centro e o processo político destas* (SOUZA SANTOS, 2005, p. 50).

15. *No mesmo período, exatamente quando a economia capitalista se transformava num fenômeno global e unificado, a Europa assumia o controle político colonial de cerca de ¼ do território mundial e constituíam-se as redes comerciais e a base material do que foi chamado mais tarde de periferia econômica do sistema capitalista mundial* (FIORI, 1999, p.16).

16. *Em poucos anos foram varridos sucessivamente todos os 'milagres' econômicos periféricos: primeiro caíram por terra, já nos anos 60, os poucos casos de sucesso africanos; depois, na década de 70 e 80, ruíram sucessivamente os desenvolvimentismos latino-americanos; em seguida foi a vez dos 'socialismos reais' e , agora, já no final da década de 90, são os 'milagres econômicos' asiáticos que começam a andar para trás. De tal maneira que também o século XX vai chegando ao seu final deixando a forte impressão de que muito se andou para, na melhor das hipóteses, permanecer no mesmo lugar, do ponto de vista da distribuição do poder e da riqueza mundiais* (FIORI, 1999, p.23).

17. Essa Comissão foi coordenada por Jeffrey D. Sachs.

18. Essa Comissão foi coordenada por Michael Marmot, da *University College*, de Londres, e foi composta por 20 membros. O secretariado da Comissão ficou localizado em Genebra, na OMS, no Depto. de

Equidade, Pobreza e Determinantes Sociais da Saúde e na *University College of London*. O Relatório Final da Comissão é de 2008 – *Diminuindo as distâncias numa geração: equidade em saúde a partir da ação nos determinantes sociais da saúde (Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health)* (Genebra, 2008), e está disponível em: http://www.who.int/social_determinants/en/ (Acesso em 02/08/2009). Na esteira dessa iniciativa, o Brasil também estabeleceu a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde, cujo secretariado está sediado na Fiocruz. Paulo Buss, presidente da FIOCRUZ na altura, é também o presidente dessa comissão nacional, cujo Relatório está disponível em <http://www.determinantes.fiocruz.br/> (Acesso em 10 jan., 2010).

19. O trabalho da Comissão focalizou em nove amplos temas que concentram os maiores determinantes sociais da saúde. Cada um deles foi trabalhado por uma "Rede de Conhecimento" (*Knowledge Network*— KN), composta por especialistas no campo específico que, coletivamente, estudaram os determinantes sociais e as questões de equidade em saúde que lhe fossem pertinentes. Os relatórios Finais de cada KN, e outros documentos de apoio, assim como os links para as organizações que lideraram o trabalho da respectiva, KN está disponível em: http://www.who.int/social_determinants/themes/en/index.html (Acesso em 12 mar., 2010).

20. Em outubro de 1985 a OPS lançou em Washington o "Programa de Treinamento em Saúde Internacional" (OPS/OMS, 1985), também chamado "Residência em Saúde Internacional", para a capacitação de recursos humanos, que contribuiu também para a geração de conhecimentos sobre o tema. Seu objetivo era formar líderes em saúde internacional e promover o desenvolvimento da cooperação técnica nos países da região, com vistas ao alcance da meta de Saúde para Todos no ano 2000. Esse programa foi desenvolvido durante 8 anos, sendo avaliado e reajustado periodicamente, culminando com a realização, em 1991, do Seminário "Saúde Internacional: Um Campo de Estudo e de Prática Profissional", em Quebec, Canadá, 18-20 de março, promovido pela OPS/OMS, o Ministério de Saúde e Previdência Social do Canadá e o Ministério de Serviços Sociais, de Quebec. Esse seminário juntou profissionais de várias áreas de conhecimento e discutiu tanto o conceito quanto a formação de profissionais (RODRÍGUEZ, 1992: 128-130), e a Fiocruz participou desse processo de discussão. Os trabalhos apresentados e discutidos no Seminário e as conclusões das discussões foram publicadas em um livro (PAHO, 1992).

21. Essas iniciativas são variadas, mas destacamos o Seminário "Saúde e Relações Internacionais" realizado pela Fiocruz em parceria com o Ministério das Relações Exteriores, de 05-09 de junho de 2006, no Itamaraty, em Brasília.

22. Foi decisiva nesse processo a participação de vários colegas, nacionais e internacionais. Dentre os primeiros destacamos Paulo Buss, então presidente da Fiocruz (2000-2008), mas que já se debruçava sobre a área de saúde internacional desde os anos de 1990; José Roberto Ferreira, Diretor da então Assessoria de Cooperação Internacional da Fiocruz (hoje incluída no CRIS—Centro de Relações Internacionais da Fiocruz), e que é pioneiro nessa discussão e na formação de recursos humanos em saúde internacional, desde os tempos em que era Diretor de Recursos Humanos da OPS (1974-

1995); Antonio Ivo de Carvalho, Diretor da ENSP/Fiocruz. E, em nível internacional, mencionamos Mario Rovere, especialista na área e consultor da OPS e da Fiocruz, em várias ocasiões, e coordenador de um Seminário Internacional sobre Saúde Internacional, realizado em Rosario, Argentina, em 2007; e Ulysses Panisset, então trabalhando na OPS em Washington e, atualmente, na OMS em Genebra, que em 1999 publicou sua tese de doutorado sobre o tema e tem dois capítulos dedicados a essa discussão (Panisset, 1999).

23. Participaram desse curso diferentes Deptos. da ENSP; outras Unidades técnicas da Fiocruz (Instituto Oswaldo Cruz–IOC; Casa de Oswaldo Cruz–COC; Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde– CDTS; e o Centro de Relações Internacionais da Fiocruz–CRIS); o Instituto de Relações Internacionais–IREL, da Universidade de Brasília; o Instituto de Relações Internacionais da Pontifícia Universidade Católica–PUC, do Rio de Janeiro; além de professores de distintas áreas das relações internacionais, que atuam em outras instituições.

24. Ver Almeida et al., neste mesmo número da RECIIS.

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, C. M. **As reformas sanitárias nos anos 80: crise ou transição?** Tese de doutorado. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 1995.
- ALMEIDA, C. M. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo; v. 5, n.2, p.3-57, 1996.
- ALMEIDA, C. M. Crise econômica, crise do *welfare* e reforma sanitária. In: GERSCHMAN S, WERNECK M. L. (org.), **A miragem da pós-modernidade**. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 177-200, 1997.
- ALMEIDA, C.; PIRES de CAMPOS, R. **Relatório Técnico Projeto de Pesquisa** Saúde Global e Diplomacia da Saúde: novos objetos da saúde coletiva?. Faperj (mimeo).
- ALMEIDA, C. M. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n.4, p.905-25, 2002a.
- ALMEIDA, C. M. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18(Supl.), p. 23-36, 2002b.
- ALMEIDA, C. Reforma del sector Salud en América Latina y el Caribe: El papel de los organismos internacionales al formular las agendas y al implementar las políticas. **Bienestar Y Política Social**, México, DF, v.2, n.1, p.135-60, 2006.
- ALMEIDA, C. Forum: equity in access to health care. Postscript. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.5, p.1179-81, 2008.
- ALMEIDA, C.; HAINES, A.F.; PIRES de CAMPOS, R. Salud Global: Un nuevo objeto de estudio en salud coletiva? **Revista Palimpsestus**, v.6, p.49-68, 2007-2008.
- ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER E.; GENTILI P (org.), **Pós-neoliberalismo**, Rio de Janeiro:Paz e Terra, p.9-23, 1995.
- BROWN, T. M; CUETO, M; FEE, E. A transição de saúde pública 'internacional' para 'global' e a Organização Mundial da Saúde. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.623-47, 2006
- BUNYAVANICH, S.; WALKUP, R. B.US Public Health Leaders Shift Toward a New Paradigm of Global Health. Editorials. **American Journal of Public Health**, v.91, n.10, p.1556-58, 2001.
- COOLSAET, R. **Global governance: the next frontier**. Royal Institute for International Relations (IRRI-KIIB), Bruxelas, março 2004. Disponível em: <http://www.egmontinstitute.be/paperegm/ep2.U561.pdf>. Acessado em: 3 jul., 2007.
- DENEULIN, S.; TOWNSEND, N. **Public goods, global public goods and the common good**. Research Group on Wellbeing in Developing Countries, Londres, setembro 2006. Disponível em: <http://www.bath.ac.uk/econ-dev/wellbeing/research/workingpaperpdf/wed18.pdf>. Acessado em: 3 jul., 2007.
- FIDLER, D.P. The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy. **Bull WHO**, v.79, n.9, p. 842-9, 2001.
- FIDLER, D.P. **Germs, Norms and Power: Global Health's Political Revolution, Law, Social Justice & Global Development (LGD)** (An Electronic Journal). 2004, No. 1. Disponível em: <http://elj.warwick.ac.uk/global/issue/2004-1/fidler.html>. Acessado em: 3 ago., 2009.
- FIORI, J.L. Globalização, Hegemonia e império. In: Fiori, J.L., TAVARES, M.C (org), **Poder e dinheiro**. Vozes, p. 87-147, 1997.
- FIORI, J.L. De volta à questão da riqueza de algumas nações. In: Fiori, J.L. (org), **Estados e moedas no desenvolvimento das nações**. Vozes, p. 11-46, 1999.
- FIORI, J.L. Formação, expansão e limites do poder global. In: Fiori, J.L. (org), **O Poder Americano**. Vozes, p. 11-64, 2004.
- FIORI, J.L. **O poder global e nova geopolítica das nações**. São Paulo: Boitempo, 2007.
- GARRET, L. The Challenge of Global Health. **Foreign Affairs**. v. 86, n.1, p.14-23.

GODUE, C. La salud en los procesos de globalización y de internacionalización. In: AHUMADA, C.; HERNÁNDEZ, A.; VELAZCO, M. (eds.), **Relaciones Internacionales, política social y salud: desafíos en la era de la globalización**, Grupo Salud Internacional, Memorias del Foro Internacional, 29 e 30 de setembro, Bogotá e Medellín, Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana 1998. p. 25-45.

GRUPO DE SALUD INTERNACIONAL. Introducción. In: AHUMADA, C.; HERNÁNDEZ, A.; VELAZCO, M. (eds.), **Relaciones internacionales, política social y salud: desafíos en la era de la globalización**. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 1998.

KICKBUSCH, I. The development of international health policies – accountability intact? **Social Science & Medicine**, v.51, p.979-89, 2000.

KICKBUSCH, I.; SILBERSCHMIDT, G.; BUSS, P. Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. *Bull WHO*, v.85, n.3, p.230-2, March, 2007,

LABONTÉ, R.; SCHRECKER, T. Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background (part. 1 of 3). **Globalization and Health**, v.3, p.5, 2005. Disponível em: www.globalizationandhealth. Acessado em: 9 jul., 2007.

LEE, K., SUZANNE, F., BUSE, K. An introduction to global health policy. In: Kelley L.; Kent B.; Fustukian S. (Eds.), **Health Policy in a Globalising World**. New York, Melbourne: Cambridge University Press, 2002. p. 3-17.

MELO, M. A.; COSTA, N. R. Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: As estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, v.11, p.50-108, 1994.

MOONEY, G.; HOUSTON, S. Equity in health care and institutional trust: a communitarian view. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.5, p.162-7, 2008.

OPS/OMS. Programa de Formación en Salud Internacional. Subcomité de Planificación y Programación. En Propuesta de Líderes para la Salud para Todos en el Año 2000/Salud

Pública Internacional. Documento SPP/3, Março, 1985.

PAHO. **International Health: a North South Debate**, Human Resources Development Series, n.95, 1992.

PANISSET, U. Reflections on Health as an International Issue. In: PAHO, **International Health: a North South Debate**, Human Resources Development Series, n.95, p. 165-191, 1992.

PANISSET, U. Chapter 1: An Introduction to International Health Statecraft; Chapter 2: A Critique of Standing Theories of International Health. In: Ulysses Panisset, **International Health Statecraft: Foreign Policy and Public health in Peru's Cholera Epidemic**. Washington, DC: University Press of America, INC. p. 1-64.

RODRIGUEZ, M. I. "The International Health Program of the Pan American Health Organization", In: PAHO, **A North South Debate**, Human Resources Development Series n. 95, p. 127-147, 1992.

ROVERE, M. International Dimensions of Health. In: PAHO, **International Health: a North South Debate**, Human Resources Development Series, n. 95, p.149-164, 1992.

SOUZA SANTOS, B. de. Os processos de globalização. In: SOUZA SANTOS, B. de (org.), **A Globalização e as Ciências Sociais**, São Paulo: Cortez, p. 25-102, 2005.

TAVARES, M. C.; MELIN, L. E. Mitos Globais e Fatos Regionais: a nova desordem internacional. In: **Globalização – O fato e o Mito**. Rio de Janeiro: Editora Uerj, p. 41-54, 1998.

THIEDE, M.; MCINTYRE, D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.5, p.1168-73, 2008.

UNRISD–United Nations Research Institute for Social Development, **Equitable Access to Health Care and Infectious Disease Control: Concepts, Measurement and Interventions – An International Symposium**, Rio de Janeiro, Brazil, 13-15 February 2006. Conference Report, 2007.

WHO-World Health Organisation Maximizing Positive Synergies Collaborative Group. An Assessment of interactions between global health initiatives and country health systems. **The Lancet**, v.373, p.2137-69, June 2009.