

A Assistência Oficial para o Desenvolvimento na saúde do Brasil de 1997 a 2007

The Official Development Assistance to the health sector in Brazil from 1997 to 2007

RESUMO

Rodrigo Pires de Campos¹
Célia Almeida²
Luiz Eduardo Fonseca³

Introdução: A Assistência Oficial para o Desenvolvimento (AOD), estabelecida na década de 1960, representa recursos financeiros de governos de países industrializados destinados a governos dos chamados países em desenvolvimento com o propósito da promoção do desenvolvimento em vários setores. Apesar de o Brasil tradicionalmente receber AOD para a saúde, pouco se sabe sobre os países ou organismos multilaterais de onde se originam esses recursos, a sua dimensão em relação ao orçamento nacional de saúde, e os programas ou projetos beneficiados no Brasil.

Objetivo: Levantar e analisar as tendências da AOD para a saúde do Brasil no período de 1997 a 2007, destacando os principais atores, a dimensão desses recursos em relação ao orçamento do Ministério da Saúde, e os programas e projetos apoiados no país.

Metodologia: Os dados da AOD foram levantados a partir da base estatística *Creditor Reporting System (CRS)* da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD). Os dados do orçamento do Ministério da Saúde foram levantados a partir dos relatórios de execução orçamentária providos pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Resultados e Conclusão: Os principais atores da AOD bilateral destinada à saúde do Brasil no período foram França, Estados Unidos, Reino Unido, Japão e Alemanha. Em relação à AOD multilateral destacaram-se o Fundo Global para o Combate à Aids, Tuberculose e Malária e o Fundo das Nações Unidas para a Infância. A grande parte dos recursos de AOD – mais da metade – foi destinada a inúmeros programas e projetos em atenção básica e em políticas e gestão administrativa. Apesar de ínfimos quando comparados ao orçamento executado do Ministério da Saúde no mesmo período, tais recursos representam potencial de impacto positivo.

¹Diretoria Regional da Fiocruz em Brasília (DIREB/FIOCRUZ). Universidade Católica de Brasília (UCB), Brasília-DF, Brasil.

²Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

³Centro de Relacionamento Internacional da Saúde da Fiocruz (CRIS/FIOCRUZ), Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

Correspondência

Rodrigo Pires de Campos
SQN 315, bloco J, apartamento 208, Asa Norte, Brasília – DF

Recebido em 19/fevereiro/2008
Aprovado em 30/setembro/2009

Palavras-chave: Cooperação internacional; Financiamento governamental; Gastos em saúde.

ABSTRACT

Introduction: Established in the 1960s, the Official Development Assistance (ODA) constitutes of financial resources flowing from governments of industrialized countries to governments of developing countries, aiming to promote the development of various sectors. Although Brazil has traditionally benefited from ODA little is known about the countries or multilateral organisms from which this resources are originated, its dimension in relation to the national health budget, and the projects and programs benefiting from it in Brazil.

Objective: To identify and analyze ODA's tendencies to the health sector in Brazil from 1997 to 2007, pointing out the main actors, the dimension of such resources in relation to the Ministry of Health budget, and the supported programs and projects in the country.

Methodology: ODA data were collected through the Creditor Reporting System (CRS) statistical database of the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). Data on the Ministry of Health budget were obtained through budget execution reports provided by the National Health Council (CNS).

Results and Conclusion: The main actors of the bilateral ODA to Brazil's health sector in this period were France, United States of America, United Kingdom, Japan and Germany. Regarding the multilateral ODA, stand out the Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria, and the UN Children's Fund. Most of ODA resources – more than half – go to a number of programs and projects on primary health care and on policies and administrative management. Although close to insignificant, when compared to the Ministry of Health budget execution in the same period, these resources represent a potential of positive impact.

Key words: International Cooperation; Government Financing; Health Expenditure

INTRODUÇÃO

A Assistência Oficial para o Desenvolvimento (AOD) tem origens que remontam ao final da Segunda Guerra Mundial. Tendo obtido êxito na sua intervenção nesse conflito, os Estados Unidos da América (EUA) assumem, a partir de 1945, uma liderança internacional sem precedentes. Juntamente com os países aliados, dão continuidade às articulações para a reconfiguração do sistema internacional. Em 05 de junho do ano de 1947, o Secretário de Estado George Catlett Marshall, numa palestra realizada na Universidade de Harvard, indicou elementos de um plano para a recuperação econômica da Europa no pós-guerra. À época, os EUA declararam sua intenção de oferecer aproximadamente US\$ 20 bilhões para a recuperação econômica da Europa¹.

A condição imposta pelos EUA para a oferta desses recursos às nações atingidas pela guerra na Europa foi de que aquelas nações desejosas de receber tais recursos elaborassem um plano comum de recuperação pós-conflito. Assim, em 19 de junho de 1947 os chanceleres da Grã-Bretanha e da França convocaram, num comunicado conjunto, representantes de vinte e duas nações européias para uma reunião em Paris, França, onde ocorreria a elaboração desse plano¹.

Em 12 de julho de 1947, em resposta à demanda norte-americana, ocorreu, em Paris, a Conferência da Cooperação Econômica Européia (CEEC). A CEEC converter-se-ia, logo em seguida à sua realização, no Comitê de Cooperação Econômica Européia (CEEC). Já em abril do ano seguinte, em 1948, a CEEC converter-se-ia na Organização para a Cooperação Econômica Européia (*Organization for European Economic Cooperation* – OEEC)².

Essa iniciativa deu origem ao Programa de Recuperação Européia (*European Recovery Plan* – ERP), previsto para ser executado num período de quatro anos. O ERP, elaborado por vinte e quatro nações européias que participaram da Conferência em Paris listava necessidades de bens para a recuperação econômica da Europa, assim como seus custos estimados^{2,3}.

Em 3 de abril de 1948, o então presidente dos EUA, Harry S. Truman assinou o *Foreign Assistance Act* (Ato de Assistência Externa), legislação que criava oficialmente o “Plano Marshall”, como foi chamado esse programa de recuperação. Ainda em 1948, os EUA criaram a Agência de Coopera-

ção Econômica (*Economic Cooperation Agency* – ECA), responsável por gerenciar o ERP¹.

Assim, de 1948 até 1951, nações européias receberam um total de US\$ 13,3 bilhões por meio do Plano Marshall. O dinheiro foi utilizado para comprar exclusivamente bens dos EUA, escassos na Europa. Além da exclusividade da origem dos bens, os EUA determinaram que estes fossem transportados exclusivamente por suas embarcações até a Europa⁴.

Em 1948, Harry S. Truman é eleito para um segundo mandato como presidente dos EUA e, em 20 de janeiro de 1949, em seu discurso de posse no Congresso Norte-Americano, estabelece quatro linhas de ações mestras para sua política externa⁵:

- Continuidade no apoio às Nações Unidas e respectivas agências;
- Continuidade dos programas para a recuperação econômica mundial;
- Fortalecimento das nações “amantes da paz” contra os perigos de agressão; e
- Início de um programa completamente novo para tornar os benefícios dos avanços científicos e industriais disponíveis para a melhoria e crescimento das áreas *sub-desenvolvidas*.

A quarta linha ficou conhecida na história como o Programa do Ponto IV (*Point IV Program*). O Ponto IV representou a institucionalização, nos EUA, e nas Nações Unidas, da então chamada assistência para o desenvolvimento, ou, em inglês, “*development assistance*”. Estava institucionalizada a ajuda externa – também conhecida como cooperação internacional para o desenvolvimento⁵.

Em 13 de janeiro de 1960, por ocasião da reunião do Comitê Econômico Especial da OEEC, estabeleceu-se o Grupo de Assistência para o Desenvolvimento (*Development Assistance Group* – DAG). O DAG foi criado com a função de se tornar “um fórum para consultas permanentes de doadores sobre a assistência para países menos desenvolvidos”⁴.

Em 14 de dezembro de 1960, por iniciativa dos Estados Unidos, é assinada a convenção que reconstituiu a OEEC e propõe a criação da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (*Organization for Economic Cooperation and Development* – OECD). Em dezembro de 1961,

em Paris, França, é estabelecida oficialmente a OEDC. Em março de 1961, novamente com o apoio dos Estados Unidos, o DAG, em sua quarta reunião em Londres, adota a Resolução sobre o Esforço Comum de Ajuda (ou, em inglês, “*Common Aid Effort*”). Essa Resolução altera o nome do Grupo para Comitê de Assistência para o Desenvolvimento (*Development Assistance Committee* –DAC), transferindo sua diretoria para Paris^{4,3,2}.

A expressão Assistência Oficial para o Desenvolvimento (*Official Development Assistance* – ODA) é adotada oficialmente em 1969, no âmbito do DAC da OEDC. À época, a AOD foi definida como as transações oficiais que tinham como propósito maior a promoção do desenvolvimento econômico e social dos países chamados “em desenvolvimento” em condições financeiras favoráveis aos beneficiários, ou, como ficou posteriormente definido, com pelo menos 25% dos recursos disponíveis aplicados a fundo perdido.

Com essa decisão, o DAC estabelecia a diferença entre a AOD e o que denominou de Outros Fluxos Oficiais (ou, em inglês, “*Other Official Flows – OOF*”). A preocupação do DAC era criar critérios que permitissem mensurar e qualificar os recursos de seus países-membros destinados para a ajuda externa de acordo com as condições mais ou menos favoráveis de pagamento dos mesmos.

Hoje em dia, o DAC define AOD como doações ou empréstimos para países em desenvolvimento que obedeçam a três critérios: “(a) realizados pelo setor oficial; (b) tendo a promoção do desenvolvimento econômico e bem-estar como o principal objetivo; e (c) de caráter financeiramente concessional (se um empréstimo, com pelo menos 25% dos recursos a fundo perdido)”⁶. A alocação de recursos de AOD para países e regiões de todo o mundo ocorrem anualmente em cada país ou instituição multilateral a partir de processos políticos complexos, permeados por considerações estratégicas e políticas, que definem as prioridades.

A AOD pode ser oferecida aos países na modalidade bilateral ou multilateral. Por AOD bilateral entende-se todo o fluxo de recursos alocados ou desembolsados que se enquadram nos três critérios de AOD do DAC/OEDC, a partir de um país-membro do DAC diretamente para um país em desenvolvimento ou para ONGs e Parcerias Público-Privadas (PPP), ou ainda contribuições para programas específicos, destinados a um determinado país e disponibilizados por meio de orga-

nizações multilaterais. Neste último caso, apesar de os recursos serem disponibilizados via uma organização multilateral, são classificados como bilaterais quando “marcados” (ou, em inglês, *earmarked*) especificamente para aplicação em programas específicos para um dado país.

Tradicionalmente, a AOD bilateral é ofertada ao mundo por países-membros do DAC/OEDC (Alemanha, Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Espanha, Estados Unidos Finlândia, França, Grécia, Irlanda, Itália, Japão, Luxemburgo, Holanda, Nova Zelândia, Noruega, Portugal, Reino Unido, Suécia, e Suíça), enquanto a AOD multilateral é ofertada a partir de organizações multilaterais, cujos recursos advêm de contribuições regulares de seus países-membros³. No período de 1997 a 2007, segundo os registros da OEDC, cerca de dezesseis organizações multilaterais informaram ao DAC/OEDC os seus recursos de AOD em todo o mundo (Anexo):

- Banco de Desenvolvimento Africano (AfDB)
- Fundo de Desenvolvimento Africano (AfDF)
- Banco de Desenvolvimento Asiático (AsDB)
- Fundo de Desenvolvimento Asiático (AsDF)
- Comissão Européia (EC)
- Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (IBRD/Banco Mundial)
- Associação para o Desenvolvimento Internacional (IDA/Banco Mundial)
- Banco Interamericano para o Desenvolvimento (IDB)
- Fundo Especial do Banco Interamericano para o Desenvolvimento (IDB Sp. Fund)
- Fundo Internacional para o Desenvolvimento da Agricultura (IFAD)
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)
- Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Juventude (UNICEF)
- Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/AIDS (UNAIDS)
- Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA)
- The Fast-Track Initiative (FTI)
- Fundo Global para o Combate à AIDS, Tuberculose e Malária (GFTAM)

Entretanto, é importante mencionar que nem todas as organizações multilaterais que aportam recursos para o apoio ao desenvolvimento, em diferentes países, inclusive em áreas setoriais específicas, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e seus escritórios regionais para as Amé-

ricas, para a África, para o Sudeste Asiático, para a Europa, para o Mediterrâneo Oriental, e para o Pacífico Ocidental, estão incluídas nessa base de dados. Segundo informações prestadas por e-mail pelo Departamento Estatístico do DAC/OECD em 15 de janeiro de 2008, “nem todas as agências multilaterais informam suas atividades de assistência para o *Creditor Reporting System* (CRS) do DAC/OECD”, o que revela eventuais lacunas e inconsistências na base de dados da OECD, como já constatado por vários autores^{7,8,9,10}.

No que concerne à AOD para a saúde, em todo o mundo, segue uma tendência bastante própria: lenta e oscilante no período de 1970 ao final do século XX e aumentando de forma acentuada nos primeiros anos do século XXI. No caso brasileiro, a AOD destinada por atores internacionais para a saúde do país também segue tendência semelhante.

Em termos gerais, o Brasil tem sido tradicionalmente beneficiado pela AOD, desde os anos de 1960, e uma média de 5% desses recursos é destinada a saúde. Apesar dessa história de quase meio século, a contribuição dos fluxos de AOD a saúde do Brasil é ainda pouco conhecida, explorada e debatida nacionalmente. Este artigo tem caráter exploratório e pretende contribuir para o avanço dessa discussão.

A literatura sobre os volumes e tendências da AOD para a saúde é relativamente escassa. A obra de Howard¹² utilizou-se da base de dados da OECD, mas combinada com outras fontes de dados, para examinar tendências da assistência internacional para a saúde. Essa obra permitiu quantificar, ainda que de forma muito preliminar, a magnitude da assistência para o setor em todo o mundo.

Posteriormente, Michaud e Murray⁸ apresentaram um estudo resultante de uma ampla pesquisa patrocinada pelo Banco Mundial como preparação para seu relatório de 1993 “Investindo em Saúde” (*Investing in Health*). O estudo trata da assistência externa para a saúde em países em desenvolvimento no período de 1972 a 1990 e se constitui no primeiro estudo bem estruturado e detalhado sobre o assunto.

As principais conclusões desse estudo foram que a AOD para a saúde representava um pequeno percentual dos gastos da saúde de países em desenvolvimento – apenas 2,9% do total de gastos – e que havia uma tendência de aumento dos volumes

de AOD a partir de 1986. Entretanto, também se avaliava que, apesar de seu pequeno volume, a AOD poderia desempenhar um papel fundamental em investimentos de capital, pesquisa e planejamento estratégico na saúde e, por fim, que em termos absolutos os Estados Unidos da América, a França e o Japão eram os maiores países doadores, enquanto que países nórdicos e Holanda destinavam o maior percentual de seus Produtos Nacionais Brutos (PNBs) para a assistência externa⁸.

Em 2005, Suhrcke, Rechel e Michaud¹³ realizaram um estudo que buscava quantificar a assistência para o desenvolvimento para a saúde em países da Europa central e do leste e os estados independentes da Comunidade de Nações (*Commonwealth of Independent States*–CEE-CIS). Utilizando a base de dados da OECD, os autores concluíram que, embora a assistência internacional para esses países tenha sido mais alta do que a destinada para outras regiões do mundo, a assistência internacional destinada à saúde foi baixa se comparada com países de níveis semelhantes de mortalidade infantil, expectativa de vida no nascimento e gastos nacionais em saúde.

Também em 2005, ao analisar dados da assistência internacional em saúde, McKellar⁷ levanta três pontos relevantes. Primeiro, que se forem excluídos os recursos destinados para a crise mundial de HIV/AIDS, os volumes de assistência internacional para a saúde estão, de fato, declinando nos últimos anos. Segundo, que intervenções financiadas pela assistência internacional à saúde não correspondem ao peso das doenças em todos os países do mundo. E, terceiro, que apesar dos esforços para alinhar a assistência internacional às prioridades nacionais, não há uma clara relação entre a forma como a saúde é abordada em estratégias de redução de pobreza e a natureza da assistência em saúde.

Ollila⁹, Oomman, Bernstein e Rosenzweig¹¹, e Drechsler e Zimmermann¹⁴, por sua vez, destacaram a entrada de novos atores no financiamento à saúde em todo o mundo – atores do setor privado, do setor filantrópico, do setor não-governamental, entre outros –, e o conseqüente aumento no grau de dificuldade de se mensurar esses fluxos de recursos para a saúde globalmente. Além disso, Oomman, Bernstein e Rosenzweig também relataram que “nenhum dos doadores disponibiliza publicamente todos os dados de seus fundos necessários para realmente vincular os recursos das fontes com seus fins últimos”¹¹.

Com relação a esse último aspecto, vale destacar que Michaud e Murray também apontam a carência de bases de dados consistentes para pesquisas sobre a assistência internacional em saúde. Segundo os autores, “infelizmente não há sequer uma base de dados que ofereça uma visão completa da assistência internacional para a saúde”⁸. Para superar essas dificuldades com os dados, os autores optam por realizar uma ampla pesquisa de campo em todas as instituições de desenvolvimento internacional do mundo, levantando dados de fontes primárias, sob o risco, porém, de perder de vista a possibilidade de comparar tais dados ao final.

Entretanto, ainda que incompletas e com inconsistências entre dados, as duas bases de dados da OECD – *Creditor Reporting System (CRS)* e *DAC annual aggregates* — são as fontes mais utilizadas para estudos setoriais. A edição 2007 do tradicional relatório *Saúde nas Américas* da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS-OMS), por exemplo, publicado pela OPAS-OMS numa periodicidade quadrienal há mais de cinquenta anos, utiliza-se das mesmas bases de dados ao apresentar tendências da AOD para a região. Segundo esse relatório,

O DAC busca coletar dados sobre atividades de AOD por organizações multilaterais da mesma forma que faz para seus doadores bilaterais. No presente momento, dados suficientemente detalhados são recebidos da Comissão Européia, do Grupo Banco Mundial, dos bancos regionais de desenvolvimento, do IFAD, do Fundo Global para Combate à Aids, Tuberculose e Malária (GFATM), e um número de agências da ONU (UNAIDS, UNFPA, UNICEF) que juntas totalizam aproximadamente 85% da AOD multilateral. [Os dados faltantes] não afetam análises de tendências mas implicam, obviamente, subestimação da assistência para a saúde oferecida individualmente para países¹⁵.

MÉTODO

Este artigo buscou organizar e analisar algumas das informações disponíveis sobre a Assistência Oficial para o Desenvolvimento (AOD) da saúde no Brasil.

Primeiramente, realizou-se um levantamento de dados a partir da base estatística de AOD da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) denominada *Creditor Reporting System (CRS) online*. A base de dados de atividades de AOD, coordenada pelo Comitê de Assistência

para o Desenvolvimento (DAC) da OECD, contém informação sobre fluxos financeiros de assistência oficial para o desenvolvimento (AOD) e oferece um conjunto de dados básicos que podem ser utilizados para analisar para onde a AOD vai, que propósitos ela cumpre e que políticas ela apóia. Nessa base, foram feitos levantamentos de dados de AOD alocada e desembolsada para o Brasil, especificamente para a saúde no período de 1997 a 2007.

A escolha desse período se justifica pela própria limitação da fonte de dados estatísticos da OCDE consultada que, no momento da pesquisa para a elaboração deste artigo, apresentava dados disponíveis apenas para esse período.

Num segundo momento, realizou-se, a partir de dados disponíveis no Conselho Nacional de Saúde (CNS)¹⁶, um levantamento do orçamento do Ministério da Saúde executado anualmente no mesmo período. Esses dados foram analisados separadamente: a AOD alocada e desembolsada para o Brasil e, comparativamente, a AOD desembolsada em relação ao orçamento executado pelo Ministério da Saúde.

Os volumes anuais de recursos foram expressos em dólares estadunidenses (US\$), em preços constantes de 2006. Para fins de comparação entre esses valores e aqueles expressos em reais (R\$), realizou-se a conversão destes últimos para dólares constantes de 2006, com base na cotação média de venda do dólar comercial no ano base de 2006, tal qual calculada pelo Banco Central do Brasil¹⁷.

É importante registrar que, para fins técnicos e de comparabilidade entre os países, a OECD classifica a AOD à saúde em três grandes áreas: a “saúde em geral”, a “saúde básica” e “programas e políticas de população e saúde reprodutiva”. E cada uma dessas áreas agrega diferentes sub-áreas, como descrito na Tabela 1, a seguir.

Essas áreas abarcam grande quantidade de temáticas que, usualmente, não são colocadas sob a denominação adotada pela OECD. Por exemplo, a denominação “Saúde básica” inclui não apenas a assistência no primeiro nível de atenção do sistema de saúde, mas também o controle de doenças infecto-contagiosas e o desenvolvimento de recursos humanos em saúde; e, no caso das doenças transmissíveis, as Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST e as infecções por HIV/AIDS são incluídas também na área de “Programas e políticas de população e saúde reprodutiva”.

Tabela 1

Classificação da AOD em saúde pela OECD em 2008.

Áreas da saúde	Sub-áreas
121 Saúde em geral	12110 Políticas e gestão administrativa do setor saúde
	12181 Treinamento e educação médica
	12182 Pesquisa médica
	12191 Serviços médicos
122 Saúde básica	12220 Atenção básica à saúde
	12230 Infraestrutura em saúde básica
	12240 Nutrição
	12250 Controle de doenças infecciosas
	12261 Educação em saúde
	12262 Controle da malária
	12263 Controle da tuberculose
	12281 Desenvolvimento de recursos humanos em saúde

Fonte: Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). *Measuring Aid to Health. Development Cooperation Directorate (DCD-DAC)*. [documento da Internet] 2008. [acesso em 2007 Dez 8] Disponível em <http://www.oecd.org/dataoecd/20/46/41453717.pdf>.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

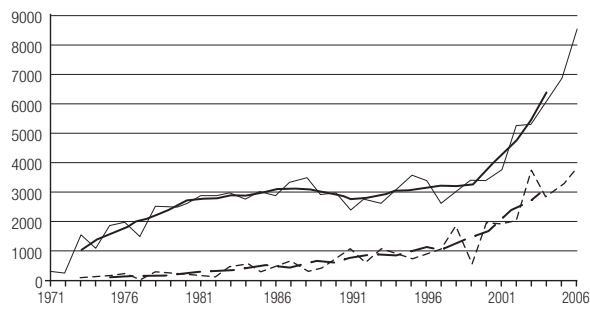
O primeiro conjunto de dados analisado foi o montante da AOD destinada à saúde em todo o mundo. Desde meados dos anos de 1970 a AOD para a saúde começou a apresentar um crescimento lento e com oscilações, mas contínuo, sendo que a partir do final da década de 1990 essa tendência começa a mudar.

Depois de quase duas décadas praticamente estagnada – de 1980 e 1990 – a AOD destinada à saúde sofreu um aumento substancial, principalmente nos primeiros cinco anos do século XXI. Enquanto a média de crescimento anual da AOD no período de 1980 a 2000 foi de 8%, a mesma média foi de 15% anuais entre 2000 e 2006 (Gráfico 1).

No caso específico do Brasil, historicamente o país tem recebido recursos de AOD desde 1960 até os dias atuais, ainda que numa clara tendência decrescente (Gráfico 2). No período de 1960 a 2007 foi alocada uma média anual de US\$ 385,6 milhões em AOD para todos os setores do Brasil. Desembolsos totais para todos os setores foram, em média, US\$ 428,8 milhões por ano. O valor negativo da AOD alocada para o Brasil em 1992 explica-se pelo fato de nesse ano, a contribuição do Brasil para organismos internacionais ter ultrapassado o valor total recebido pelo Brasil.

Gráfico 1

AOD para a saúde em todo o mundo no período de 1971 a 2007. Valores em US\$ milhões, preços constantes de 2006

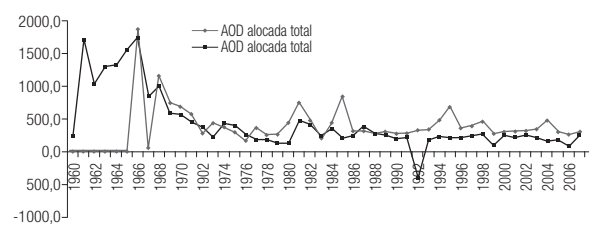


Fonte: Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). *Measuring Aid to Health. Development Cooperation Directorate (DCD-DAC)*. [documento da Internet] 2008. [acesso em 2007 Dez 8] Disponível em <http://www.oecd.org/dataoecd/20/46/41453717.pdf>.

Em relação à AOD para a saúde, a tendência é um pouco distinta da AOD em geral. O Gráfico 3 apresenta os volumes anuais de AOD alocada e desembolsada para a saúde do Brasil no período de 1997 a 2007. Além de uma tendência de aumento desses recursos ao longo dos primeiros sete anos do século XXI, o que coincide com a elevação dos recursos de AOD destinados à saúde em todo o mundo (Gráfico 1), também se observa uma substancial oscilação dos volumes de AOD alocada para a saúde do Brasil e uma considerável disparidade entre recursos alocados e desembolsados, com muito mais recursos alocados do que efetivamente desembolsados (Gráfico 3).

Gráfico 2

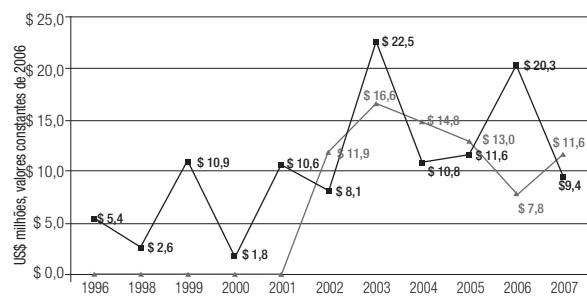
AOD para o Brasil no período de 1960 a 2007. Valores em US\$ milhões, preços constantes de 2006



Fonte: CRS database on aid activities [base de dados na Internet]. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). 2008 [acesso em 2008 Out/Nov]. *ODA to Brazil in Health 1997-2007*. Disponível em <http://www.oecd.org/dac/stats/idonline>.

Gráfico 3

AOD total alocada e desembolsada para a saúde do Brasil de 1997 a 2007.



Fonte: CRS database on aid activities [base de dados na Internet]. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). 2008 [acesso em 2008 Out/Nov]. ODA to Brazil in Health 1997-2007. Disponível em <http://www.oecd.org/dac/stats/idsonline>.

No que se refere à oscilação dos volumes de AOD alocada para a saúde do Brasil, é fundamental desenvolver pesquisas específicas para determinar as causas dessas oscilações para cada doador em cada ano, que podem ser de diferentes ordens. Uma análise mais detida da base de dados da OECD revela os principais atores cujos recursos geraram tais oscilações. Porém, torna-se crucial uma análise mais detalhada das causas intrínsecas dessas oscilações para cada ator em cada ano identificado.

Sobre a disparidade entre recursos alocados e recursos desembolsados, identificada no Gráfico 3, também é merecedora de novas pesquisas, principalmente pela ausência de dados na base da OECD no transcorrer dos cinco primeiros anos – de 1997 a 2001 – e das disparidades nos anos subsequentes. Tradicionalmente, essa disparidade é determinada por inúmeros fatores como, por exemplo, a necessidade de novos recursos para programas ou projetos em execução, crises financeiras nacionais ou internacionais com eventuais cortes de orçamento para a AOD, malversação da AOD por incapacidade administrativa ou problemas associados à corrupção, entre diversos outros fatores.

Um segundo aspecto analisado nos dados trabalhados foi o tipo de AOD – bilateral ou multilateral. Os principais atores da AOD alocada para a saúde do Brasil no período 1997-2007, segundo a modalidade (bilateral e multilateral) e o cômputo geral (AOD alocada total) estão apresentados na Tabela 2. A modalidade de maior destaque para o Brasil é a bilateral: de US\$ 114 milhões alocados no período, US\$ 100,4 milhões foram pela via bilateral (88,1%) e US\$ 13,6 milhões pela multilateral (11,9%).

Na classificação geral, a França é o grande destaque tanto na AOD alocada bilateralmente, quanto na AOD alocada total, ocupando uma liderança incontestável em comparação com os demais atores. Os Estados Unidos da América (EUA) também ocupam um segundo lugar de destaque. O *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*–GFATM aparece em terceiro lugar, seguido de Reino Unido, Japão, Alemanha, Canadá, Espanha, Itália, Comunidade Europeia (CE) e Irlanda. Aqui merece destaque o fato de o GFATM ocupar a terceira posição tendo alocado recursos²⁰⁰⁴ em apenas um dos onze anos em análise (Tabela 2).

Tabela 2

Classificação dos principais atores da AOD alocada para a saúde do Brasil de 1997 a 2007.

US\$ milhões, valores constantes de 2006

AOD bilateral US\$ mi %		AOD multilateral US\$ mi %		AOD total US\$ mi %	
1. França	40,6 40,5	1. GFATM	11,6 85,3	1. França	40,6 35,6
2. EUA	18,3 18,3	2. EC	1,7 12,6	2. EUA	18,2 16,0
3. Reino Unido	8,9 8,9	3. UNICEF	0,3 2,1	3. GFATM	11,6 10,2
4. Japão	8,9 8,8			4. Reino Unido	8,9 7,8
5. Alemanha	6,4 6,3			5. Japão	8,9 7,8
6. Canadá	5,1 5,0			6. Alemanha	6,4 5,6
7. Espanha	4,1 4,1			7. Canadá	5,1 4,4
8. Itália	3,8 3,8			8. Espanha	4,1 3,6
9. Irlanda	1,7 1,7			9. Itália	3,8 3,3
10. Noruega	1,4 1,4			10. CE/Irlanda	1,7 1,5
Outros	1,2 1,2			Outros	4,7 4,2
TOTAL	100,4 100	TOTAL	13,6 100	TOTAL	114,0 100

Fonte: CRS database on aid activities [base de dados na Internet]. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). 2008 [acesso em 2008 Out/Nov]. ODA to Brazil in Health 1997-2007. Disponível em <http://www.oecd.org/dac/stats/idsonline>.

Em se tratando de AOD desembolsada, a exemplo da AOD alocada, a modalidade bilateral também se destaca em comparação com a multilateral, e de maneira ainda mais acentuada. No período em questão, um total de US\$ 73,2 milhões (96,8%) foi desembolsado pela via bilateral e apenas US\$ 2,5 milhões (3,3%) pela via multilateral (Tabela 3). Como na AOD alocada, a França também ocupou posição de incontestável liderança em comparação com os demais atores. No período, a França desembolsou para a saúde do Brasil um total de 32,3 milhões, equivalentes a 42,6% do total desembolsado de AOD. Aqui novamente a França é seguida pelos EUA. Já no lugar do Reino Unido, que ocupou a terceira posição na AOD alocada, aparece a Alemanha com um volume maior de desembolso em todo o período.

Merece ainda atenção o fato de o GFATM ocupar a sétima posição na classificação geral. De fato, de todo o recurso alocado pelo GFATM no período, não houve desembolso algum. E no ano de 2007, apesar de nenhum recurso ter sido alocado, houve um desembolso de US\$ 2,2 milhões que o projetou para a sétima posição no ranking dos principais doadores. Ocupar a sétima posição na classificação geral com apenas um desembolso anual é um fato também merecedor de atenção.

Tabela 3

Classificação dos principais atores da AOD desembolsada para a saúde do Brasil de 1997 a 2007.

US\$ milhões, valores constantes de 2006

AOD bilateral US\$ mi %		AOD multilateral US\$ mi %		AOD total US\$ mi %	
1. França	32,3 44,1	1. GFATM	2,2 86,9	1. França	32,3 42,6
2. EUA	10,3 14,1	2. UNICEF	0,3 11,8	2. EUA	10,3 13,6
3. Alemanha	8,9 12,1			3. Alemanha	8,9 11,7
4. Japão	8,6 11,8			4. Japão	8,6 11,4
5. Reino Unido	4,5 6,1			5. Reino Unido	4,5 5,9
6. Canadá	2,5 3,4			6. Canadá	2,5 3,3
7. Irlanda	1,6 2,1			7. GFATM	2,2 2,9
8. Itália	1,5 2,1			8. Irlanda	1,6 2,1
9. Espanha	1,5 2,1			9. Itália	1,5 2,0
10. Noruega	0,5 0,7			10. Espanha	1,5 2,0
Outros	1,0 1,4			Outros	1,8 2,5
TOTAL	73,2 100	TOTAL	100	TOTAL	75,7 100

Fonte: CRS database on aid activities [base de dados na Internet]. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). 2008 [acesso em 2008 Out/Nov]. ODA to Brazil in Health 1997-2007. Disponível em <http://www.oecd.org/dac/stats/idsonline>.

A classificação dos principais atores da AOD para a saúde do Brasil é significativamente distinta quando se observam as diferentes áreas beneficiadas. Assim, no caso da “Saúde básica”, os Estados Unidos e a Alemanha lideram o grupo das dez mais importantes fontes de recursos. E a França, principal fonte de AOD bilateral para o Brasil, não aparece entre os dez primeiros colocados. Já Finlândia e Bélgica, que não apareciam nos rankings anteriores, passam a ocupar posição de destaque entre as dez maiores fontes, enquanto a Noruega salta de 10º para 7º lugar. O GFATM, por sua vez, classificou-se em terceiro lugar por seu desembolso exclusivamente em programas ou projetos em “saúde básica” no Brasil em 2007 (Tabela 4).

Ainda a partir da base de dados da OECD, realizamos um levantamento e análise dos dados detalhados dos programas e projetos da saúde de fato apoiados, isto é, tendo recebido recursos de AOD que foram efetivamente desembolsados, no Brasil pela AOD bilateral e multilateral e seus respectivos propósitos segundo a classificação da OECD

disponível na Tabela 2. No período em questão, identificaram-se 283 programas e projetos efetivamente apoiados pela AOD bilateral e multilateral em todo o Brasil. Neste detalhamento, porém, a base de dados da OECD apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, ela não indica as respectivas localidades, nem as instituições brasileiras vinculadas para cada programa e projeto. Em segundo lugar, os dados detalhados do ano de 2007 ainda não estavam disponíveis. Outra limitação identificada foi o fato de esse detalhamento de programas e projetos indicar apenas os valores desembolsados em dólares estadunidenses (US\$) em valores constantes de 2004. Por fim, também foram identificadas inconsistências entre esse detalhamento e alguns dados levantados para a composição das tabelas 2, 3 e 4 deste artigo. Assim, percebe-se a necessidade de realizar novas pesquisas complementares junto aos doadores ou junto ao Ministério da Saúde para buscar determinar com maior exatidão o detalhamento desses programas e projetos.

Seguindo a classificação de propósito de programas e projetos da OECD, pode-se afirmar que predominaram programas e projetos em políticas e gestão administrativa da saúde, atenção básica à saúde, serviços médicos, e controle de doenças infecciosas (Gráfico 4). Esses dados detalhados de programas e projetos, porém, revelaram inconsistências em relação às tabelas 2, 3 e 4, além de serem apresentados pela OECD apenas com base nos valores do dólar estadunidense (US\$) em valores constantes de 2004.

Tabela 4

Classificação dos principais atores da AOD desembolsada para a saúde básica do Brasil de 1997 a 2007.

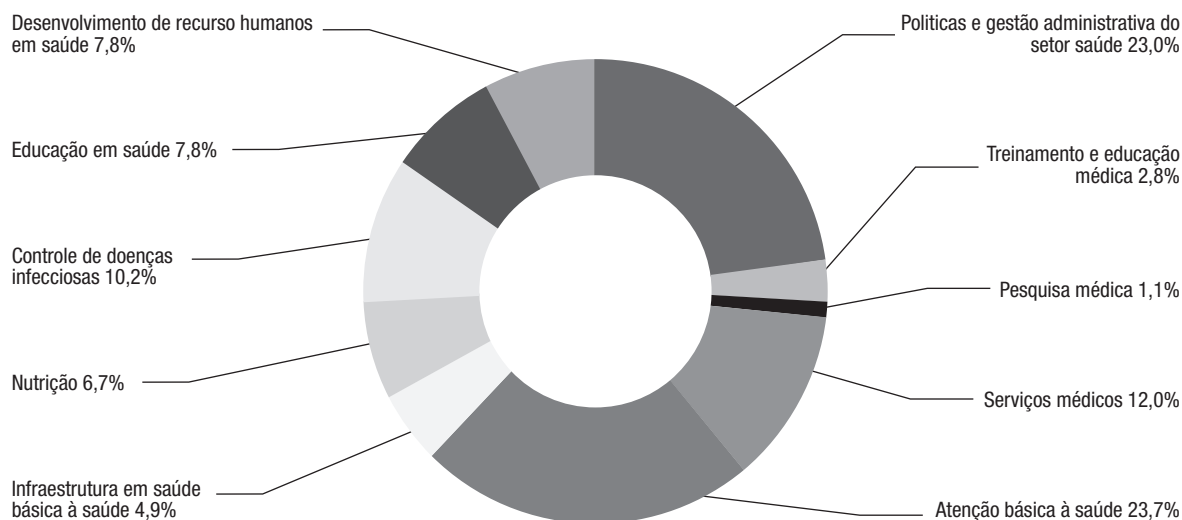
US\$ milhões, valores constantes de 2006

AOD bilateral US\$ mi %		AOD multilateral US\$ mi %		AOD total US\$ mi %	
1. EUA	10,3 43,0	1. GFATM	2,2 94,5	1. EUA	10,3 39,2
2. Alemanha	6,7 27,9	2. UNICEF	0,1 3,8	2. Alemanha	6,7 25,5
3. Canadá	2,0 8,5			3. GFATM	2,2 8,3
4. Japão	1,4 5,9			4. Canadá	2,0 7,8
5. Espanha	0,9 3,9			5. Japão	1,4 5,4
6. Irlanda	0,6 2,6			6. Espanha	0,9 3,6
7. Noruega	0,5 2,3			7. Irlanda	0,6 2,4
8. Finlândia	0,4 1,6			8. Noruega	0,5 2,1
9. Bélgica	0,4 1,5			9. Finlândia	0,4 1,5
10. Reino Unido	0,2 1,0			10. Bélgica	0,4 1,4
Outros	0,5 1,8			Outros	0,9 2,8
TOTAL	24,0 100	TOTAL	2,3 100	TOTAL	26,3 100

Fonte: CRS database on aid activities [base de dados na Internet]. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). 2008 [acesso em 2008 Out/Nov]. ODA to Brazil in Health 1997-2007. Disponível em <http://www.oecd.org/dac/stats/idsonline>.

Gráfico 4

Distribuição percentual dos propósitos de programas e projetos da saúde do Brasil apoiados pela AOD de 1997 a 2007.



Obs.: Os propósitos estão agrupados conforme classificação utilizada pela OECD para todos os doadores (ver Tabela 2).
 Fonte: CRS database on aid activities [base de dados na Internet]. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). 2008 [acesso em 2008 Out/Nov]. ODA to Brazil in Health 1997-2007. Disponível em <http://www.oecd.org/dac/stats/idsonline>.

Sobre a distribuição apresentada acima, vale destacar que além de a classificação da OECD para diferentes áreas da saúde ser uma “classificação” confusa, via de regra essas áreas são tratadas em diferentes setores, departamentos ou secretarias de Ministérios específicos em cada país, como saúde e educação, por exemplo. Isso, em princípio, dificulta um pouco a localização e o rastreamento dos programas e projetos financiados por essa via.

Por fim, uma comparação entre a AOD desembolsada para a saúde do Brasil e o orçamento total executado pelo Ministério da Saúde (MS) no pe-

ríodo de 1997 a 2007 revela que o aporte orçamentário possibilitado pela AOD é bastante inexpressivo em relação ao orçamento total executado (Tabela 5). O montante de recursos orçamentários executados pelo Ministério da Saúde de 1997 a 2007 foi de US\$ 154.969,3 milhões, contra US\$ 75,7 milhões de AOD desembolsada para a saúde do Brasil no mesmo período. No total, a AOD representou, portanto, em valores desembolsados, apenas 0,05% dos recursos totais executados pelo MS. Em média a AOD desembolsada para a saúde do Brasil representou 0,07 do orçamento total anual executado pelo MS no período.

Tabela 5

Comparação entre a AOD desembolsada para a saúde do Brasil e o orçamento executado pelo Ministério da Saúde no período de 1997 a 2007. Valores em US\$ milhões, constantes de 2006

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
OR/MS* (1)	8.641,36	8.879,96	9.345,94	10.431,16	12.010,44	13.001,85	13.890,12	16.790,60	18.746,47	20.364,46	22.867,01	154.969,39
AOD D** (2)	-	-	-	-	-	11,9	16,6	14,8	13,0	7,8	11,6	75,7
% (3)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,09%	0,12%	0,09%	0,07%	0,04%	0,05%	0,05%

Obs.: Os dados dos anos de 1997 a 2001 não estão disponíveis na base de dados da OECD.
 (1) Orçamento executado pelo Ministério da Saúde.

(2) AOD desembolsada para a saúde do Brasil (Os dados de 1997 a 2001 não estão registrados na base de dados da OECD).

(3) Percentual da AOD desembolsada em relação ao orçamento executado pelo Ministério da Saúde.

Fontes: Conselho Nacional de Saúde (CNS) Execução Orçamentária do Ministério da Saúde de 1995 à 2006 e Lei Orçamentária Anual 2007. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação, Coordenação-Geral de Orçamento e Finanças, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, Secretaria Executiva, Ministério da Saúde. 2007. Boletim Balanço de Pagamentos [base de dados na Internet]. Brasília: Banco Central do Brasil. 2008 – [acesso em 2008 Dez 16] Disponível em <http://www.bcb.gov.br>.

CONCLUSÃO

Este artigo buscou dar um primeiro passo rumo ao suprimento da lacuna de conhecimento relativa às tendências da AOD para a saúde do Brasil no decênio 1997-2007, aos principais atores e programas e projetos apoiados e ao impacto desses recursos frente aos recursos orçamentários do Ministério da Saúde executado no mesmo período.

A partir dos dados levantados, descritos e analisados, foi possível identificar que os fluxos de AOD para a saúde do Brasil, principalmente os alocados, oscilaram substancialmente no período em questão. Vimos também que a AOD bilateral destaca-se sobremaneira em comparação à AOD multilateral e que dentre os principais atores estão os países europeus, membros do DAC, com destaque especial para a França, além de EUA, Japão, Canadá e o GFATM.

Com relação aos impactos desses fluxos sobre o orçamento executado anualmente pelo Ministério da Saúde do Brasil, concluiu-se que são ínfimos, representando pouco ou nenhum peso sobre o orçamento do Ministério da Saúde no mesmo período.

Apesar da aparente baixa relevância desses fluxos, vale afirmar que o reduzido peso da AOD sobre o orçamento nacional da saúde não diminui os potenciais impactos positivos que podem ser oriundos das centenas de programas e projetos financiados com esses recursos. Em outras palavras, ainda que algumas dezenas de milhões de dólares estrangeiros não signifiquem muito frente a dezenas de bilhões de dólares do orçamento nacional, isso não quer dizer que esses recursos estejam sendo desperdiçados ou desnecessários, nem tampouco se justificam impactos pífios desses programas ou projetos apoiados por tais recursos. É necessária uma análise mais detalhada sobre quais projetos estão sendo financiados, em que áreas e quais impactos estão produzindo.

Se por um lado parece claro que a saúde no Brasil dispõe de um volume razoável de recursos, que permite autossustentação, por outro lado é evidente o aumento do número de programas e projetos nacionais beneficiados pela AOD. Nesse sentido, a decisão de utilizar recursos da AOD para a saúde do Brasil passa a ter um caráter estratégico fundamental, diretamente relacionado com a essência da AOD: o desenvolvimento. Tal perspectiva demanda pesquisas mais aprofun-

dadas acerca dos impactos dessas centenas de projetos, inclusive para orientar as negociações e acordos relacionados à assistência oficial para a saúde no Brasil.

Por fim, destaca-se que a discussão neste trabalho se restringiu a uma visão inicial, preliminar e panorâmica do assunto, sem pretensões de maior aprofundamento analítico, assumindo-se as limitações metodológicas mencionadas neste estágio de desenvolvimento da pesquisa, e apontando para a necessidade de novas pesquisas futuras para a geração de um quadro mais detalhado e fiel da AOD para a saúde do Brasil ao longo dos anos.

AGRADECIMENTOS

À Fabíola Aguiar Nunes, Diretora Regional de Brasília da Fundação Oswaldo Cruz, pelo apoio constante à pesquisa e ao fortalecimento da área internacional. À FAP DF pela bolsa de estudos de pesquisador da DIREB/FIOCRUZ financiada pelo Convênio DIREB-FIOCRUZ/FAP-DF de junho de 2008 até o presente momento. Ao Departamento de Administração e Planejamento em Saúde-DAPS, da ENSP/FIOCRUZ, onde está localizado o Grupo de Pesquisa, certificado pelo CNPq (“Saúde Global e Diplomacia da Saúde”), onde se desenvolve este projeto de pesquisa. Ao Dr. José Roberto Ferreira, Dr. Henri Jouval e Dr. José Paranaíba de Santana, pelo apoio contínuo e incansável incentivo à área da saúde internacional. Aos colegas do Instituto de Relações Internacionais (IREL) da Universidade de Brasília, pelo acolhimento e apoio constantes. E a todos que colaboraram direta ou indiretamente com este artigo, em especial à Clarice Melamed, Danielle Pinheiro Sandi, Manoel Amorim, Vanessa Santana Macedo, Roberta de Freitas Santos e Edward Torres Maia.

REFERÊNCIAS

1. For European Recovery: The Fiftieth Anniversary of the Marshall Plan. Washington, DC: The Library of Congress [acesso em 2007 Jul 15] Disponível em <http://www.loc.gov/exhibits/marshall/mars.html>.
2. OECD Origins. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) [acesso em 2007 Set 24] Disponível em http://www.oecd.org/pages/0,3417,en_367340_52367_61863_1_1_1_1_1,00.html.

3. Organization for European Economic Co-operation. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) [acesso em 2007 Mai 12] Disponível em http://www.oecd.org/document/48/0,3343,en_2649_201185_1876912_1_1_1_1,00.htm.
4. Führer, H. The Story of Official Development Assistance: A history of the Development Assistance Committee and the Development Co-operation Directorate in Dates, Names and Figures. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). OECD/GD(94)67. [documento da Internet] 1996. 69p. [acesso em 2006 Out 23]. Disponível em <http://www.oecd.org/dataoecd/3/39/1896816.pdf>.
5. Harry S. Truman, XXXIII President of the United States: 1945-1953 _ Inaugural Address. Washington, DC: The American Presidency Project [acesso em 2007 Mai 14] Disponível em <http://www.presidency.ucsb.edu/ws/index.php?pid=13282>.
6. DAC's Glossary. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), Development Cooperation Directorate (DCD-DAC) [acesso em 2008 Dez 8] Disponível em http://www.oecd.org/glossary/0,3414,en_2649_33721_1965693_1_1_1_1,00.html#1965586.
7. MacKellar, L. Priorities in global assistance for health, AIDS, and population. *Population and Development Review*, 2005 (31): 293-312.
8. Michaud, C, Murray, CJL. External assistance to the health sector in developing countries: a detailed analysis, 1972-90 *Bull World Health Organ*, 1994, 72 (4): 639-51.
9. Olilla, E. Global health priorities – priorities of the wealthy? *Globalization and Health*, BioMed Central [periódico na Internet], 2005. [acesso em 2009 Jan 12]; 1 (6): [aproximadamente 5p.]. Disponível em <http://www.globalizationandhealth.com/content/1/1/6>.
10. Suhrcke, M, Rechel, B, Michaud, C. Development assistance for health in central and eastern European Region. *Bull World Health Organ*. Dezembro, 2005, 83 (12): 920-7.
11. Oomman, N, Bernstein, M, Rosenzweig, S. Following the Funding for HIV/AIDS: A comparative analysis of the funding practices of PEPFAR, the Global Fund and World Bank MAP in Mozambique, Uganda and Zambia. *HIV/AIDS Monitor: Tracking Aid Effectiveness*. Center for Global Development. [documento da Internet] 2007, Out. [acesso em 2009 Jan 12] Disponível em http://www.cgdev.org/files/14569_file_FollowingFunding.pdf.
12. Howard, LM. A new look at development cooperation for health: a study of donor policies, programmes and perspectives in support of "Health for All by 2000". World Health Organization (WHO), 1981.
13. Suhrcke, M, Rechel, B, Michaud, C. Development assistance for health in central and eastern European Region. *Bull World Health Organ*. Dezembro, 2005, 83 (12): 920-7.
14. Drechsler, D, Zimmermann, F. New Actors in Health Financing: Implications for a Donor Darling. OECD Development Centre Policy Brief, OECD, Development Centre (33) [documento da Internet]. 2006. 34p. [acesso em 2009 Jan 12] Disponível em <http://puck.sourceoecd.org/vl=294169/cl=46/nw=1/tpsv/cgi-bin/wppdf?file=514qb53x67wb.pdf>.
15. Saúde nas Américas. Washington, DC: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS-OMS); 2007. Publicação Científica e Técnica No. 622, Volume I – Regional. OPAS-OMS, p. 408.
16. Conselho Nacional de Saúde (CNS) Execução Orçamentária do Ministério da Saúde de 1995 à 2006 e Lei Orçamentária Anual 2007. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação, Coordenação-Geral de Orçamento e Finanças, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, Secretaria Executiva, Ministério da Saúde. 2007.
17. Boletim Balanço de Pagamentos [base de dados na Internet]. Brasília: Banco Central do Brasil. 2008 – [acesso em 2008 Dez 16] Disponível em <http://www.bcb.gov.br>.

Artigo subvencionado pelo Convênio DIREB-FIOCRUZ/FAP-DF n.º 227/2007,
Número de cadastro do processo: 193000063/2008.
E pelo grant da FAPERJ Processo n.º E-26/110.981/208-Auxílio.

ANEXO

**BREVE DESCRIÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES
MULTILATERAIS QUE REPORTARAM SUAS AODS
PARA A BASE DE DADOS DA DAC/OECD**

1. **Banco de Desenvolvimento Africano (*African Development Bank–AfDB*):** Estabelecido em 1964, trata-se de um banco regional multilateral para o desenvolvimento cujos acionistas incluem 53 países africanos e 24 países com descendentes africanos nas Américas, Ásia e Europa. Tem por objetivo contribuir para o desenvolvimento e a unidade africana. http://www.afdb.org/portal/page?_pageid=473,1&_dad=portal&_schema=PORTAL, Acesso em 10/01/2008).
2. **Fundo de Desenvolvimento Africano (*African Development Bank–AfDF*):** Estabelecido em 1972, trata-se de uma entidade de grupo do AfDB, juntamente com o Nigeria Trust Fund, e tem como objetivo reduzir a pobreza nos países-membros regionais por meio de empréstimos, doações e assistência técnica. (http://www.afdb.org/portal/page?_pageid=473,1&_dad=portal&_schema=PORTAL, Acesso em 10/01/2008).
3. **Banco de Desenvolvimento Asiático (*Asian Development Bank–AsDB*):** Banco regional de desenvolvimento estabelecido em 1966 para promover o desenvolvimento econômico e social no países da Ásia e do Pacífico por meio de empréstimos e assistência técnica. Possui 67 acionistas, sendo 48 da região asiática e 19 de outras partes do mundo. <http://www.adb.org/>, Acesso em 10/01/2008).
4. **Fundo de Desenvolvimento Asiático (*Asian Development Fund–AsDF*):** É parte integrante do AsDB, responsável por oferecer empréstimos e assistência técnica em condições mais acessíveis para países mais pobres. (<http://www.adb.org/>, Acesso em 10/01/2008).
5. **Comissão Européia (*European Commission–EC*):** É a representação executora da União Européia. Suas origens remontam a 1951, quando se criou a primeira comissão para a Comunidade Européia do Carvão e do Aço, presidida por Jean Monnet. Atualmente, o orçamento da União Européia para a AOD é executado por essa Comissão. (http://ec.europa.eu/index_en.htm, Acesso em 10/01/2008).
6. **Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (*International Bank for Reconstruction and Development–IBRD/Banco Mundial*):** Fundado em 1944 para auxiliar na reconstrução européia, é uma das cinco instituições que atualmente compõem o Grupo Banco Mundial. Possui 185 países-membros e tem o objetivo de promover crescimento sustentável, equitativo e gerador de empregos, reduzir a pobreza e abordar questões de importância regional e global. (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/EXTIBRD/0,,contentMDK:21130269~menuPK:3168298~pagePK:64168445~piPK:64168309~theSitePK:3046012,00.html>, Acesso em 10/01/2008).
7. **Associação para o Desenvolvimento Internacional (*International Development Association–IDA/Banco Mundial*):** Estabelecida em 1960, é a parte do Grupo Banco Mundial responsável por oferecer empréstimos sem juros e doações para países pobres de todo o mundo.
8. **Banco Interamericano para o Desenvolvimento (*Interamerican Development Bank–IDB*):** Banco regional de desenvolvimento estabelecido em 1959, composto por 47 países-membros, e que atualmente tem como objetivo promover desenvolvimento econômico, social e institucional sustentável. <http://www.iadb.org/aboutus/whoWeAre.cfm?lang=en>, Acesso em 10/01/2009).
9. **Fundo Especial do Banco Interamericano para o Desenvolvimento (*Interamerican Development Bank Special Fund–IDB Sp. Fund*):** Também conhecidos como *Trust Funds*, são fundos criados por países que oficialmente não emprestam recursos via IDB (Canadá, Chile, Dinamarca, Espanha, Estados Unidos, Finlândia, França, Holanda, Itália, Japão, Noruega, Portugal, Reino Unido, Suécia, e Suíça) com o propósito de apoiar o IDB por meio de assistência técnica, ou seja, consultorias especializadas que apoiam programas específicos do Banco.

10. **Fundo Internacional para o Desenvolvimento da Agricultura (*International Fund for Agriculture Development–IFAD*):** Trata-se de uma agência especializada das Nações Unidas estabelecida como uma instituição financeira internacional em 1977 com o objetivo de erradicar a pobreza rural em países em desenvolvimento. Foi resultado da Conferência Mundial de Alimentação, realizada em 1974, em Roma.
11. **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (*United Nations Development Programme–UNDP*):** Fundado em 1965 por meio da fusão do Programa Expandido de Assistência Técnica e do Fundo Especial das Nações Unidas, tem por objetivo auxiliar países em desenvolvimento a atrair e utilizar a ajuda externa de forma efetiva. Na atualidade, tem representação física em 166 países. (<http://www.undp.org/about/>, Acesso em 10/01/2009).
12. **Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Juventude (*United Nations Children's Fund–UNICEF*):** Criado em 1946 com o intuito de prover alimentos, roupas e assistência média a crianças, torna-se parte permanente da estrutura das Nações Unidas em 1953. Atualmente, tem por objetivo proteger os direitos das crianças de todo o mundo com base na Convenção Internacional dos Direitos das Crianças. Possui 126 escritórios de representação em diferentes países e apóia projetos em 191 países de todo o mundo. (http://www.unicef.org/about/who/index_introduction.html, Acesso em 10/01/2009).
13. **Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/AIDS (*The Joint United Nations Program on HIV/AIDS–UNAIDS*):** Criado em 1994 por uma resolução do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (ECOSOC) e estabelecido de fato em 1996, tem por missão liderar, fortalecer e apoiar uma resposta ampla ao HIV e à AIDS que inclui prevenção e acesso a medicamentos para pessoas já portadoras. É composto por representantes de 22 governos de todas as regiões do mundo, além de cinco representantes de ONGs. (<http://www.unaids.org/en/AboutUNAIDS/default.asp>, Acesso em 10/01/2009).
14. **Fundo das Nações Unidas para a População (*United Nations Fund for Population–UNFPA*):** Iniciou suas operações em 1969 e tem por missão promover o direito de cada mulher, homem e criança de viver uma vida saudável com igualdade de oportunidades. Atua em mais de 140 países, territórios e áreas geográficas. Possui uma forte vertente de atuação em HIV/AIDS e, por isso, é um importante parceiro do UNAIDS. (<http://www.unfpa.org/about/index.htm>, Acesso em 10/01/2009).
15. ***The Fast-Track Initiative (FTI)*:** Iniciativa global lançada em 2002 com o objetivo de auxiliar na consecução dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relativos à educação primária para todos até 2015. Foi aprovado pelo Comitê de Desenvolvimento do Banco Mundial como um instrumento de oferta rápida de recursos e suporte técnico para países com políticas não alinhadas para a consecução do referido ODM. (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTEDUCATION/0,,contentMDK:20278663~menuPK:617564~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:282386,00.html>, Acesso em 10/01/2009).
16. **Fundo Global para o Combate à AIDS, Tuberculose e Malária (*Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria–GFATM*):** Estabelecido em janeiro de 2002, e também conhecido como Fundo Global, tem por objetivo aumentar os financiamentos globais para intervenções de combate à AIDS, Tuberculose e Malária, e ainda garantir que esses recursos sejam direcionados para as regiões mais pobres do planeta. Criado como uma iniciativa público-privada, já se tornou a maior fonte global de financiamentos para combate e prevenção dessas doenças e seus recursos já foram ou estão sendo aplicados em mais de 550 programas em 136 países. (<http://www.theglobalfund.org/en/about/>, Acesso em 10/01/2009).