



Universidade de Brasília

Instituto de Relações Internacionais

Relações Internacionais

Bruno Novais Cordeiro

A Assistência Oficial ao Desenvolvimento na saúde do Brasil de 1997 a 2022

Brasília

2024

Bruno Novais Cordeiro

A Assistência Oficial ao Desenvolvimento na saúde do Brasil de 1997 a 2022

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Instituto de Relações Internacionais da
Universidade de Brasília

Orientador(a): Prof. Dr. Rodrigo Pires de
Campos

Brasília

2024

Bruno Novais Cordeiro

A Assistência Oficial ao Desenvolvimento na saúde do Brasil de 1997 a 2022

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Instituto de Relações Internacionais da
Universidade de Brasília.

Data da aprovação: 20/02/2025

BANCA EXAMINADORA

Professor Rodrigo Pires de Campos — Orientador

Professor Niels Søndergaard — Universidade de Brasília

Professora Saori Kawai — Ryukoku University

AGRADECIMENTOS

A conclusão de qualquer etapa das nossas vidas demanda agradecimentos das mais variadas formas e pelos mais variados motivos, e uma etapa como a primeira graduação não é diferente. Primeiramente, gostaria de agradecer aos meus pais, Darcio e Ingrid, que me apoiaram desde o primeiro momento que decidi seguir por esse caminho. Também devo agradecer aos meus professores, em especial à orientação proporcionada pelo professor Rodrigo Pires de Campos, sem a qual este trabalho não seria possível de ser realizado. Não menos importante gostaria de agradecer meus grandes amigos de Taubaté e Brasília, que em nenhum momento me deixaram desistir, principalmente minha namorada Nicole, que me deu alegrias mesmo em meus piores dias e que sem ela também não seria possível a realização desta caminhada.

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo a atualização da pesquisa sobre a Assistência Oficial ao Desenvolvimento (AOD) no Brasil, em específico para a área da Saúde no país. A pesquisa citada, publicada em 2009, integrou os esforços do então Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Relações Internacionais da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), e é presentemente conduzida no âmbito do Instituto de Relações Internacionais (IREL) da Universidade de Brasília (UnB), sob a coordenação do professor Rodrigo Pires de Campos. A pesquisa de 2009 tratou da Assistência Oficial para o Desenvolvimento na Saúde do Brasil de 1997 a 2007, tendo seus resultados publicados em artigo completo na Revista Comunicação em Ciências da Saúde, da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) do Distrito Federal. Destarte, este trabalho de conclusão de curso atualiza esse período com informações até o ano de 2022. A atualização sustentou-se em revisão bibliográfica acerca da situação da Assistência Oficial ao Desenvolvimento em Saúde e em levantamento e atualização de dados extraídos do *Creditor Reporting System* da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (CRS/OCDE). Dentre os principais resultados levantados por essa pesquisa destaca-se a especial relevância da COVID-19 para os fluxos de AOD para Saúde no Brasil e no mundo durante período estudado, além da mudança nos principais doadores de AOD para Saúde no Brasil, como por exemplo a ascensão do Japão como seu maior contribuidor, a mudança de prioridade na destinação dos recursos para diferentes setores de saúde deste país e a continuidade da baixa participação que a AOD ainda exerce no orçamento do Ministério da Saúde no Brasil.

Palavras-chave: Assistência Oficial para o Desenvolvimento (AOD), Brasil, Saúde, Orçamento Público

ABSTRACT

This paper's objective is to update the previous research made in Official Development for Health (ODA) in Brazil, specifically in the health sector. This research was published in 2009 and integrated the effort of the then called Collective Health and International Relations Research Group of the National School of Public Health (ENSP) of the Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz), presently conducted at the University of Brasilia's (UnB) Institute of International Relations (IREL), under the coordination of professor Rodrigo Pires de Campos. The 2009 research deals with Brazilian's ODA in the health sector from 1997 to 2007, publishing its results in a complete paper at the Communication in Health Sciences Journal of the Federal District's Education and Research in Social Sciences Foundation (FEPECS). Therefore, this paper broadens the period of discussion with information up to 2022. This update rested on a bibliographic review of the ODA's situation in the health sector and on gathering and updating the data available at the Organization for Economic Development and Cooperation's Creditor Reporting System (CRS/OECD). Among the findings of the research the ones that should be highlighted are the special place held by the Covid-19 pandemic in the ODA's health sector fluxes worldwide and in Brazil, the changes among the top donors in health sector ODA for Brazil, which is seen by Japan's rise as its biggest contributor, the changes in priority in allocating resources in different sectors in health in Brazil, and, finally, the continuous low participation of the ODA fluxes in the Brazilian Ministry of Health budget.

Keywords: Official Development Assistance (ODA), Brazil, Health, Public Budget

Glossário de Termos

1. AOD/ODA: Assistência Oficial ao Desenvolvimento/ Official Development Assistance
2. CEEC: Convention for European Economic Cooperation (Convenção para Cooperação Econômica Europeia)
3. DAC: Development Assistance Committee (Comitê para Assistência ao Desenvolvimento)
4. DAG: Development Assistance Group (Grupo para Assistência ao Desenvolvimento)
5. DAH: Development Assistance for Health (Assistência ao Desenvolvimento para Saúde)
6. ECA: Economic Cooperation Agency (Agência de Cooperação Econômica)
7. ENSP: Escola Nacional de Saúde Pública
8. EPTA: Expanded Program of Technical Assistance (Programa Expandido de Assistência Técnica)
9. ERP: European Recovery Program (Programa de Recuperação Europeia)
10. EUA: Estados Unidos da América
11. Fiocruz: Fundação Oswaldo Cruz
12. FMI: Fundo Monetário Internacional
13. IREL: Instituto de Relações Internacionais
14. LMIC: Low and Middle-Income Countries (Países de Baixa e Média Renda)
15. MS: Ministério da Saúde
16. OCDE/OECD: Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico/ Organization for Economic Cooperation and Development
17. OCEE/OEEC: Organização para Cooperação Econômica Europeia/ Organization for European Economic Cooperation
18. OFO/OOF: Outros Fluxos Oficiais/ Other Official Flows
19. R\$: Reais brasileiros
20. RNB: Renda Nacional Bruta
21. TAB: Technical Assistance Board (Comitê de Assistência Técnica)
22. USAID: United States Agency for International Development (Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional)
23. US\$: United States Dollar (Dólares dos Estados Unidos)

Contribuidores Multilaterais segundo o CRS/OECD

1. ACNUR: Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
2. AF: Fundo de Adaptação
3. AfDB: Banco Africano de Desenvolvimento
4. AfDF: Fundo Africano de Desenvolvimento
5. AFESD: Fundo Árabe
6. AFoCO: Organização Asiática para Cooperação Florestal
7. AIIB: Banco Asiático de Investimento em Infraestrutura
8. AsDB: Banco Asiático de Desenvolvimento
9. BADEA: Banco Árabe para o Desenvolvimento Econômico na África

10. BID Invest
11. BID: Banco Inter-Americano de Desenvolvimento
12. BIRD: Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
13. BSTDB: Banco de Comércio e Desenvolvimento do Mar Negro
14. CABEI: Banco Centro-Americano para Integração Econômica
15. CAF: Banco da América Latina de Desenvolvimento
16. CarDB: Banco Caribenho de Desenvolvimento
17. CEB: Banco do Conselho da Europa de Desenvolvimento
18. CEF: Centro de Excelência em Finanças
19. CERF: Fundo Central de Resposta a Emergências
20. CGIAR: Grupo Consultivo em Pesquisa Agrícola Mundial
21. CIF: Fundos de Investimento Climático
22. EBRD: Banco Europeu de Reconstrução e Desenvolvimento
23. FAO: Organização para Alimentação e Agricultura
24. FFC-FMI: Fundo Fiduciário concessional do FMI
25. FFRS-FMI: Fundo Fiduciário de Resiliência e Sustentabilidade do FMI
26. FG: Fundo Global
27. GAVI: Aliança Mundial para Vacinas e Imunização
28. GCF: Fundo Verde para o Clima
29. GEF: Fundo Global para o Meio Ambiente
30. GGGI: Instituto Global de Crescimento Verde
31. IAEA: Agência Internacional de Energia Atômica
32. ICGEB: Centro Internacional de Engenharia Genética e Biotecnologia
33. ICMP: Comissão Internacional para Pessoas Desaparecidas
34. IDA: Associação Internacional de Desenvolvimento
35. IFAD: Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrícola
36. IFC: Corporação Financeira Internacional
37. IIB: Banco Internacional de Investimento
38. IsDB: Banco Islâmico de Desenvolvimento
39. IUE: Instituições da União Europeia
40. MP: Protocolo de Montreal
41. NADB: Banco Norte Americano de Desenvolvimento
42. NDF: Fundo Nórdico de Desenvolvimento
43. OIC-ITC: Centro de Comércio Internacional da OIC
44. OIC: Organização Mundial de Comércio
45. OIT: Organização Internacional do Trabalho
46. OMS-SPRP: Plano Estratégico de Preparação e Resposta da OMS
47. OMS: Organização Mundial da Saúde
48. OPEC-Fund: Fundo da Organização dos Países Exportadores de Petróleo para o Desenvolvimento Internacional
49. OSCE: Organização para Segurança e Cooperação na Europa
50. PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
51. UN MPTF: Fundo Fiduciário de Múltiplos Parceiros para a Resposta e Recuperação da Covid-19

52. UNAIDS: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
53. UnB: Universidade de Brasília
54. UNCDF: Fundo de Desenvolvimento de Capital da ONU
55. UNCTAD: Conferência das Nações Unidas para Comércio e Desenvolvimento
56. UNDCO: Escritório de Coordenação do Desenvolvimento da ONU
57. UNECE: Comissão Econômica das Nações Unidas para a Europa
58. UNFPA: Fundo de População das Nações Unidas
59. UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância
60. UNIDIR: Instituto das Nações Unidas para a Investigação sobre o Desarmamento
61. UNIDO: Organização das Nações Unidas para o Desenvolvimento Industrial
62. UNPBF: Fundo de Consolidação da Paz da ONU
63. UNRWA: Agência das Nações Unidas de Assistência aos Refugiados da Palestina no Oriente Próximo
64. UNW: ONU Mulheres
65. UNWTO: Organização Mundial de Turismo
66. WFP: Programa Alimentar Mundial
67. WOA: Organização Mundial de Saúde Animal

SUMÁRIO

1. Introdução.....	11
1.1. Uma breve história do Sistema de Auxílio Externo no mundo.....	11
1.2 Problema e perguntas de pesquisa.....	14
1.3 Objetivos geral e Específicos.....	15
1.4 Método.....	16
1.5 Estrutura do Trabalho.....	19
2. Revisão bibliográfica: Contextualização da AOD e seu perfil em saúde.....	20
2.1 Uma visão da OCDE sobre AOD.....	20
2.2 A AOD na área da Saúde no mundo.....	22
3. Resultados.....	28
3.1 Tendências da AOD Geral no Brasil.....	28
3.2 Tendências da AOD para Saúde no Brasil.....	29
3.3 Doadores Bilaterais e Multilaterais.....	32
3.4 Distribuição de Recursos nos setores.....	37
3.5 Participação no Orçamento do MS.....	38
4. Considerações Finais.....	41
5. Referências Bibliográficas.....	43

1. Introdução

1.1. Uma breve história do Sistema de Auxílio Externo no mundo

Com o fim da Segunda Guerra Mundial em 1945 tanto derrotados quanto vitoriosos na Europa se viram em uma situação peculiarmente catastrófica. Em 1947, os Estados Unidos da América adotaram a decisão de criação de um programa de reconstrução destinado ao continente europeu, a fim de que os países afetados pela grande guerra pudessem recuperar-se economicamente. Para isso, o Secretário de Estado dos Estados Unidos, George C. Marshall, em um discurso na Universidade de Harvard propôs um plano de assistência à Europa (FÜHRER, 1994, p. 8). O intuito do programa, entretanto, era mais do que somente ajuda humanitária, recuperação das áreas devastadas, prevenção da fome e de que mais fatalidades ocorressem. A ajuda econômica prestada aos países europeus tinha mais dois objetivos básicos: a contenção do comunismo, que após o fim da Segunda Guerra Mundial ameaçava se espalhar para além das fronteiras soviéticas, e a criação de uma ordem internacional favorável aos interesses estadunidenses. (LIBRARY OF CONGRESS, 1998).

Para que o Programa de Recuperação Europeia (ERP- *European Recovery Plan*) fosse administrado havia sido imposta pelo Secretário de Estado ao anunciar o projeto uma condição: a criação de uma iniciativa conjunta, a ser acordada por boa parte, talvez até mesmo pelo conjunto total, das nações da Europa a serem beneficiadas pelo programa (FÜHRER, 1994, p. 8). Nesse sentido, em 1948, houve a criação da Organização para Cooperação Econômica Européia (OEEC- *Organization for European Economic Cooperation*). Idealizada inicialmente em 1947 por meio da Convenção para Cooperação Econômica Europeia (CEEC- *Convention for European Economic Cooperation*), no ano seguinte se consolidava como a Organização a partir da qual o programa de auxílio externo proposto pelos Estados Unidos foi vinculado e administrado (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2025c). Ao todo, foram 18 os países beneficiados pelo Plano Marshall, incluindo quase a totalidade da Europa Ocidental, à exceção da Espanha, que ainda se encontrava sob o regime totalitário de Franco, os quais receberam cerca de US\$13 bilhões por ano entre 1948 e 1951. Apesar de algumas críticas, como por exemplo na França (WALL, 2001), o Plano foi um sucesso e é considerado um dos principais fatores da recuperação e posterior desenvolvimento europeu. Além do mais, uma das principais contribuições do Plano Marshall foi a semente de cooperação entre os países da Europa Ocidental plantada por esse, algo não visto no período pré-guerra (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT 2008).

FIGURA 1: Mapa dos países beneficiados pelo Plano Marshall.



Fonte: LIBRARY OF CONGRESS. Online Exhibition - For European Recovery: Fiftieth Anniversary of the Marshall Plan, 1998.

Todo o programa de assistência à Europa também só se tornou possível devido à institucionalização do assunto dentro dos Estados Unidos a partir do *Foreign Assistance Act* (Decreto de Assistência Externa), criando finalmente a base legal para o Plano Marshall, lançado em 1948, pelo presidente Harry S. Truman. (LIBRARY OF CONGRESS, 1998), e a criação da Agência de Cooperação Econômica (ECA- *Economic Cooperation Agency*), responsável por gerir a ERP (FÜHRER, 1994, p. 8).

Ainda durante a execução do Plano Marshall, os EUA enxergaram a oportunidade, e pouco depois a necessidade, de ampliar a ajuda externa estadunidense para outros países e continentes, ainda seguindo a mesma lógica de contenção do comunismo e difusão dos valores “americanos”. Logo após sua eleição, no seu discurso de inauguração, em 1949, o presidente estadunidense Harry S. Truman propôs quatro linhas de ação prioritárias para a sua política externa (UC SANTA BARBARA 2024). Esses quatro pontos consistiram em:

1. Manutenção do apoio às Nações Unidas e agências a elas relacionadas;
2. Continuação de programas para recuperação econômica mundial;
3. Fortalecimento das nações “amantes da liberdade” contra o risco de agressões (comunismo); e

4. A criação de um programa para espalhar o benefício do progresso industrial e dos avanços científicos para a melhoria e o crescimento das áreas subdesenvolvidas.

Dos quatro pontos expostos pelo presidente Truman na ocasião de sua posse, nos interessa destacar o Quarto Ponto, que ficou conhecido por inaugurar o “Programa do Ponto IV” (*Point Four Programme*). Tão relevante tal Ponto se tornou que no ano seguinte à sua declaração o Congresso Americano adotou o Decreto para o Desenvolvimento Internacional (*Act for International Development*), implementando normativamente o conteúdo descrito no Ponto IV. (FÜHRER 1994, p. 8) Concomitantemente, as nações Unidas em 1949 montaram o Programa Expandido de Assistência Técnica (EPTA- *Expanded Program of Technical Assistance*), que a partir do Comitê de Assistência Técnica (TAB- *Technical Assistance Board*) discutia pedidos de assistência técnica, recebia relatórios de progresso e era apresentado a programas de ação. (UNESCO, 2013)

Assim, no dia 13 de janeiro de 1960, mais de dez anos após os primeiros passos para a construção do sistema internacional de ajuda externa, por ocasião de um encontro do Comitê Econômico Especial da OCEE (*OEEC Special Economic Committee*) é formado o Grupo de Assistência ao Desenvolvimento (DAG- *Development Assistance Group*) por 8 países mais a Comissão da Comunidade Econômica Europeia. O grupo tinha como função servir de fórum de consultas entre os países que prestavam assistência a *países menos desenvolvidos*. (FÜHRER, 1994, p. 11)

Em 14 de dezembro de 1960, em Paris, foi assinado o documento que converteu, enfim, a OCEE em Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE, ou, em inglês, OECD- *Organization for Economic Cooperation and Development*) (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2025d). A OCDE foi uma iniciativa coordenada entre EUA e Canadá com países integrantes da OCEE, beneficiários do Plano Marshall, para fazer frente à ameaça comunista ainda em um contexto de Guerra Fria, fortalecendo os princípios de cooperação e livre mercado (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT 1960). Assim, a jornada para a consolidação da estrutura de assistência para desenvolvimento econômico avançava rumo ao complexo sistema internacional de assistência para o desenvolvimento presente contemporaneamente.

No ano de 1961, a reunião do DAG em Londres acatou a Resolução Sobre o Esforço Comum de Ajuda (*Common Aid Effort*) e alterou o nome do DAG para Comitê de Assistência ao Desenvolvimento (DAC- *Development Assistance Committee*) (FÜHRER,

1994, p. 11). Já em 1969, houve uma proposta de separação entre AOD e Outros Fluxos Oficiais (OFO, ou, em inglês, OOF - *Other Official Flows*). Essa separação permitia a diferenciação entre as transações designadas para promover desenvolvimento econômico e social em países em desenvolvimento de natureza intencionalmente concessiva (com pelo menos 25% dos fundos aplicados em fundo perdido, como foi posteriormente estabelecido) de outros fluxos financeiros do mercado, destinados a outros propósitos (FÜHRER 1994, p. 24). O DAC tinha por objetivo ao diferenciar esses dois tipos de fluxos oficiais a criação de critérios que permitissem mensurar e qualificar os recursos doados pelos seus países-membros, destinados para a ajuda externa de acordo com as condições mais ou menos favoráveis de pagamento dos mesmos, assim podendo manter registros dessas transações e melhor administrar os recursos enviados e seus propósitos.

1.2 Problema e perguntas de pesquisa

No decorrer da pesquisa se compreenderá que a saúde na política mundial ganhou grande relevância em tempos recentes. Assim sendo, com a crescente importância dada ao tema, ela foi por vezes referida por alguns governos nacionais como um problema de segurança nacional (NOMURA *et al*, 2021b). Apesar dessa relevância e da compreensão do assunto como de interesse para a segurança nacional, vários governos ao redor do mundo ainda dependem majoritariamente da assistência oficial para o desenvolvimento (AOD) para compor seus orçamentos públicos, inclusive para a saúde. Esse é o caso da África Subsaariana, conforme indica o estudo de Adeyi (2023), com aproximadamente 22% dos gastos com saúde oriundos da ajuda externa.

Diante desse contexto, a falta de informações sobre fluxos de AOD no mundo e a ausência de políticas públicas (incluída aqui a política externa) sobre o tema podem trazer grande vulnerabilidade a governos e países, gerando situações de extrema insegurança, em especial diante de eventos extremos como uma pandemia, ou até mesmo o fechamento de uma agência internacional de grande projeção como o ocorrido com a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) no primeiro ano do governo do presidente Donald Trump em 2025 (MALAX-ECHEVERRIA, 2025).

Dessarte, torna-se importante explorar os fluxos internacionais de AOD ao redor do mundo e também em países específicos. Assim compreender o montante dos fluxos e as origens desses fluxos para a saúde no Brasil ganha cada vez mais importância e relevância, dada a escassez de estudos referentes à ajuda recebida pelo Brasil nessa área.

Nesse contexto, este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) propõe a atualização de um artigo publicado em 2009 por um grupo de pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) interessados em compreender as variações desses fluxos no Brasil no período de 1997 a 2007. A continuidade das pesquisas sobre o tema em Campos e Kawai (2023) revela a pertinência do assunto nos dias atuais e inspirou a realização deste TCC com o propósito de retomar e atualizar a pesquisa que propôs aquele primeiro artigo de 2009, dando luz a dados referentes ao mesmo tema central de pesquisa deste com dados do período entre 1997 e 2022.

Destarte, pergunta-se se houveram e quais foram as mudanças nos fluxos de AOD para saúde no mundo e no Brasil no período de 1997 a 2022, e quais são as discussões sendo realizadas sobre o assunto hoje em dia ao redor do mundo, as novas perspectivas que surgiram e também possíveis novos horizontes para a continuidade da pesquisa nessa área. Além das mudanças nas tendências de AOD em geral e para a área da saúde no Brasil entre 1997 e 2022, perguntamos também quais são os seus principais atores doadores, os principais setores da saúde afetados e também a participação e a importância da AOD para saúde no Brasil tendo como base os gastos com saúde liquidados pelo Ministério da Saúde levantados sobre o mesmo período. Em suma, pode-se entender que tais perguntas se condensam nos seguintes questionamentos: Quais foram e como se comportaram os fluxos de AOD para a saúde no Brasil no período de 1997 a 2022? Quais foram e quais são os principais doadores de AOD para saúde no Brasil e para quais setores da saúde foram destinados esses recursos ao longo dos últimos 25 anos? Quanto do orçamento público em saúde esses fluxos representam para o Brasil nesse período? Em outras palavras, qual tem sido o papel da AOD para a saúde e suas políticas no Brasil?

1.3 Objetivos geral e Específicos

O objetivo geral traçado para este artigo é o de explorar as políticas de AOD para a saúde global, tendo o Brasil como referência de destino dos fluxos desses recursos.

Desta forma, configuram-se nesse trabalho dois objetivos específicos. O primeiro faz referência à atualização bibliográfica do tema apresentado no artigo, isto é, o trabalho busca trazer uma renovação das discussões referentes a AOD em geral e em especial para Saúde no mundo, possíveis novas linhas de pesquisa e discussões pertinentes à realidade atual da AOD para saúde. Como segundo objetivo específico, este trabalho busca a atualização dos dados presentes na primeira pesquisa, através da base de dados do CRS/OCDE, até o ano de 2022. Tal atualização tem por objetivo apresentar as tendências da AOD geral e para saúde no Brasil durante esse período, assim como seus principais doadores, os principais setores

afetados e a participação desse auxílio externo no orçamento liquidado pelo Ministério da Saúde entre 1997 e 2022.

Isto é, a organização e análise de dados e informações disponíveis sobre a Assistência Oficial para o Desenvolvimento (AOD) na área de saúde destinada ao Brasil são objetivos centrais deste trabalho. Sendo assim, será feita uma análise a partir da atualização dos dados levantados em Campos *et al* (2009), com o objetivo de compará-los e atualizá-los, obtendo-se, assim, uma perspectiva mais atual sobre a matéria proposta.

1.4 Método

Este trabalho segue fundamentalmente uma abordagem descritiva, ou seja, trata-se de método descritivo. Apesar da tradição de realização de estudos analíticos no campo de estudo das Relações Internacionais, é inegável, como se pode depreender pela problematização deste estudo, a importância de uma abordagem descritiva para conhecer os fluxos de AOD em saúde para o Brasil ao longo do tempo. Além disso, décadas de estudos sobre a ajuda externa e a AOD ainda não geraram um corpo teórico consistente para a realização de análises mais profundas sobre o tema. Morgenthau (1963), por exemplo, ao tentar estabelecer uma teoria política para a ajuda externa, conclui pela impossibilidade do esforço dadas as circunstâncias idiossincráticas das decisões a respeito desses fluxos. Outros autores mais contemporâneos chegam a referir-se a motivos variados para a oferta de AOD, sendo as principais questões humanitárias, questões econômicas, questões políticas e geopolíticas, entre outras. A ausência de teorias sobre o fenômeno, portanto, limita o avanço de análises sobre o assunto.

Dessa forma, a pesquisa realizada para este trabalho fundamenta-se no levantamento de dados de AOD alocada e desembolsada para o Brasil na área de saúde. Tais dados foram levantados e retirados da base de dados estatísticos da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) a partir do *Creditor Reporting System* (CRS). Apesar de críticas presentes sobre a utilização de bases de dados devido à sua incompletude (KIM, 2022; NOMURA *et al*, 2021b), ainda é possível construir uma análise a partir dessas bases, como evidenciado pelo artigo de Grépin *et al* (2012, p. 528), ao afirmar que a base de dados oferecida pela OCDE é a mais abrangente em AOD geral e dessarte pode ser utilizada para fazer comparações entre diversos setores, além de prover o maior alcance temporal dentre as bases de dados disponíveis. Portanto, utilizando a base de dados já citada, realizou-se o levantamento de dados de AOD alocada e desembolsada para o Brasil na área da saúde no período entre 1997 e 2022.

O período escolhido é justificado pela proposta de atualizar o artigo de Campos *et al* (2009) e pelo próprio limite temporal da base de dados escolhida, que atualiza-se regularmente porém não dispõe de todos os dados mais atualizados. O CRS, no momento desta pesquisa, apenas possuía disponível dados a partir de 1997, e apesar de ser possível acessar alguns dados preliminares para o ano de 2023, estes ainda não estavam completos, o que poderia levar a uma análise equivocada ou confusa.

Por fim, esta pesquisa também se beneficiou de dados disponíveis no Painel de Orçamento Federal (SISTEMA INTEGRADO DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO, 2025), um levantamento do orçamento do Ministério da Saúde liquidado anualmente a partir de 2000, sendo este ano o primeiro que aparece registrado nessa ferramenta. Para tanto, também foram recolhidos também os dados do período entre 1997 e 1999 dos dados levantados previamente por Campos *et al* (2009). Assim, foram analisadas separadamente a AOD desembolsada e alocada para o Brasil, e também realizada uma comparação entre o volume desembolsado para o país em relação ao orçamento executado pelo Ministério da Saúde.

Os volumes anuais de recursos foram expressos em dólares estadunidenses (US\$), em preços constantes de 2022. Para fins de comparação entre esses valores e aqueles expressos em reais (R\$), realizou-se a conversão destes utilizando-se a base de dados da IPEADATA (2025), que teve como referência os dados disponibilizados pelo Banco Central do Brasil, com base na cotação média de venda do dólar comercial nos anos do período entre 1997 e 2022.

A base de dados formulada pela OCDE tem uma particularidade importante de ser salientada para que a análise e principalmente as comparações a serem realizadas possam ficar mais claras. Tal particularidade se encontra na divisão em três grandes áreas a AOD destinada à saúde: “Saúde Geral”; “Saúde Básica” e “Doenças não-transmissíveis”. Além do mais, cada uma dessas grandes áreas agrega uma variedade de setores, como mostra a tabela:

Tabela 1: Áreas e sub-áreas de AOD para saúde, segundo o CRS/OCDE

Código e Área	Código e Setor
121- Saúde Geral	12110- Política de Saúde e Gerenciamento Administrativo
	12181- Educação/Treinamento Médico
	12182- Pesquisa Médica

	12183-Serviços Médicos
122-Saúde Básica	12220- Cuidado à Saúde Básica
	12230-Infraestrutura de Saúde Básica
	12240- Nutrição Básica
	12250- Controle de Doenças Infecciosas
	12261- Educação de Saúde
	12262- Controle de Malária
	12263- Controle de Tuberculose
	12264- Controle de Covid-19
	12281- Desenvolvimento de profissionais da Saúde
123- Doenças não-contagiosas (DNCs)	12310- Controle geral de DNCs
	12320- Controle de uso de tabaco
	12330- Controle de uso nocivo de álcool e drogas
	12340- Promoção de saúde mental e bem-estar
	12350- Outros tratamentos e prevenções de DNCs
	12382- Pesquisa para controle e prevenção de DNCs

Fonte: ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Data Explorer: CRS: Creditor Reporting System (flows) [cloud replica]. 2024.

Por fim, outro ponto importante a ser registrado pelo trabalho é que apesar das bases de dados não serem completas, tanto pela falta de transparência que é tão criticada pelos pesquisadores quanto pela falta de dados levantados em determinada área ou por determinado doador, houve uma significativa ampliação no CRS, que passou de apenas 16 agências multilaterais reportadas no sistema em 2007 para mais de 60 em 2024 (Tabela 2). Além disso, se faz presente também uma nova área da saúde registrada, sendo a de Doenças Não-Contagiosas, a exemplo da Diabetes, Hipertensão, Câncer, entre outras condições de saúde, que, apesar de ainda ser pouco beneficiada com recursos da AOD, merece registro

pelo fato de ter sido incorporada, ou seja, podemos já considerar um avanço para pessoas que sofrem dessas condições.

1.5 Estrutura do Trabalho

O trabalho é estruturado através de seções, a serem referidas posteriormente como “itens”. Cada item serve a um diferente propósito dentro do trabalho e tem como objetivo a apresentação e desenvolvimento dos objetivos específicos desenhados para este trabalho. São dois itens dedicados aos dois objetivos específicos e um item dedicado às considerações finais da pesquisa.

O primeiro item após a introdução é subdividido em dois sub-itens. O primeiro deles tem por objetivo contextualizar a visão da OCDE quanto ao funcionamento do sistema internacional de auxílio externo proposto pela AOD. Já o segundo sub-item se debruça sobre as discussões da prática de AOD para saúde no mundo, identificando discussões atuais acerca do tema e atualizando àquelas realizadas pela primeira pesquisa.

Já o item 3 é composto por cinco diferentes sub-itens, cada um tratando de um conjunto de dados diferentes sobre a AOD no Brasil no período de 1997 a 2022. O primeiro conjunto de dados analisado no subitem 3.1 são aqueles referentes às tendências de AOD no geral para o Brasil. O segundo sub-item fornece a atualização das tendências de AOD para a área da saúde no Brasil. Já o terceiro, faz referência aos dados dos maiores doadores de AOD para saúde no país. O quarto e o quinto sub-itens, respectivamente, tratam da distribuição dos recursos para os diferentes setores da área da saúde e da participação da AOD para saúde no orçamento liquidado do Ministério da Saúde.

Por fim, as considerações finais trazem à tona novamente as discussões apresentadas nos dois itens anteriores, resumindo-as e reiterando os pontos apresentados por estas, em especial a importância e relevância que os estudos sobre AOD para saúde no Brasil e no mundo nos dias atuais.

2. Revisão bibliográfica: Contextualização da AOD e seu perfil em saúde

Este item do trabalho tem por objetivo abordar o funcionamento da AOD no mundo atual como esta é compreendida pela OCDE e também as discussões deste auxílio presentes em pesquisas na área da saúde. Desta forma, foi explorado quais são as principais discussões presentes nesse âmbito e que novos assuntos se fazem relevantes nessa área de pesquisa nos últimos anos. Primeiramente será realizada uma explicação da visão da OCDE sobre a AOD em um geral, para posteriormente ser realizada uma revisão da bibliografia atual sobre AOD para a saúde no mundo.

2.1 Uma visão da OCDE sobre AOD

Oficialmente a Assistência Oficial para o Desenvolvimento (AOD) é percebida pelos membros do DAC como fluxos de recursos, para países e territórios em desenvolvimento, que se enquadrem nos três seguintes 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)”. Dito isso, financiamentos, empréstimos e créditos com propósito militar ou transações com fins comerciais são excluídas do que é considerado AOD (ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2024a). As agências multilaterais e até mesmo organizações internacionais tentam monitorar esses fluxos de recursos para que se possa compreender o real esforço realizado pelos países doadores em termos de assistência externa e melhorar a alocação desses recursos, em áreas e locais onde são mais necessários.

É necessário, então, entender como são realizados os fluxos financeiros denominados de AOD. Primeiramente, deve ser entendido que a assistência pode ser prestada tanto de forma bilateral, através da alocação ou desembolso de recursos de um estado membro do DAC para um país em desenvolvimento, como pode ser feita da mesma forma só que multilateralmente, ou seja, através de contribuições de organizações internacionais que alocam todo ou boa parte dos recursos arrecadados de seus países membros em favor do desenvolvimento e auxílio a países em desenvolvimento (ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2024a). Atualmente, a OCDE registra 66 organizações multilaterais, que reportam à OCDE seus recursos de AOD oferecidos ao redor do mundo, presentes na tabela abaixo:

Tabela 2: Siglas dos Contribuidores Multilaterais reportados pelos CRS/OCDE¹

Instituições (Siglas)		
ACNUR	FAO	OIT
AF	FFC-FMI	OMS
AfDB	FFRS-FMI	OMS- SPRP
AfDF	FG	OPEC-Fund
AFESD	GAVI	OSCE
AFoCO	GCF	PNUD
AIIB	GEF	UN MPTF
AsDB	GGGI	UNAIDS
BADEA	IAEA	UNCDF
BID	ICGEB	UNCTAD
BID Invest	ICMP	UNDCO
BIRD	IDA	UNECE
BSTDB	IFAD	UNFPA
CABEL	IFC	UNICEF
CAF	IIB	UNIDIR
CarDB	IsDB	UNIDO
CEB	IUE	UNPBF
CEF	MP	UNRWA
CERF	NADB	UNW
CGIAR	NDF	UNWTO
CIF	OIC	WFP
EBRD	OIC-ITC	WOAH

Fonte: ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Data Explorer: CRS: Creditor Reporting System (flows) [cloud replica]. 2024

Dessa forma, é possível identificar os recursos de um país doador e sua contribuição destinada à AOD, instrumento valioso para a política externa e negociações multilaterais dos países e organizações multilaterais em geral.

Para entender como se organiza esse sistema internacional de auxílio externo, dado a visão da OCDE, devemos começar na esfera nacional dos Estados doadores. Primeiramente, o governo de determinado país doador é responsável por separar em seu orçamento anual os recursos a serem destinados à ajuda externa. Posteriormente é feita uma segunda análise desses recursos a serem destinados a AOD, para que estes sejam repartidos entre os que deverão ser destinados a contribuições bilaterais, isto é, serão enviadas diretamente a uma outra nação, e os fluxos que deverão ser destinados a uma organização multilateral para que, posteriormente, possa ser decidido pela entidade à qual o dinheiro foi repassado a qual país em desenvolvimento tais fluxos serão alocados.

¹ Nome completo presente no **Glossário de Termos** (pp. 7-9)

Contudo, o envio de recursos a outros países não é feito de forma imediata. A ação discutida anteriormente faz parte apenas da alocação dos fluxos de AOD, isto é, apenas em uma promessa, uma garantia de que o país ou ente multilateral doador detém os recursos e está disposto a auxiliar determinado país ou área a se desenvolver. Apesar de compreender apenas uma garantia, o país doador ao alocar recursos para AOD de outra nação obriga-se oficialmente através de uma declaração expressa e por escrito a tal ato. É a partir dos desembolsos que os países doadores enviam os recursos alocados anteriormente à seu beneficiário, isto é, eles consistem em envio efetivo de verba, gasto real e investimento direto em algum país ou setor, apenas sendo contabilizados quando há a concretização da transferência dos recursos para o beneficiário ou prestador de serviço. (ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT, 2024a) Tais parâmetros raramente coincidem em uma análise anual, podendo qualquer um dos dois ser maior, há situações em que um país receptor de auxílio entende que não é necessária a utilização de todos os recursos que lhe foram alocados para aquele ano, fazendo com que mais dinheiro tenha sido alocado do que desembolsado. Outrossim, se faz possível o desembolso de mais recursos do que lhe foi alocado em determinado ano, utilizando-se das alocações feitas em anos anteriores ou mesmo a partir de novas negociações com os países doadores.

2.2 A AOD na área da Saúde no mundo

Tendo essa pesquisa como foco o setor da saúde, é de interesse compreender as tendências da Assistência Oficial ao Desenvolvimento em tal setor.

Neste primeiro gráfico podemos identificar a quantidade de AOD para Saúde que foi alocada ao mundo todo no período de 1971 e 2022. A partir dele, pode-se perceber algumas tendências, como por exemplo o aumento de AOD multilateral alocada pelo mundo durante a década de 1980. Tal aumento, que não estava presente no trabalho de Campos *et al* (2009), pode ter como explicação a adição de um enorme número de entidades multilaterais que reportam seus dados para a OCDE na época deste trabalho. Assim, pode-se distinguir também que, apesar de uma diminuição da AOD para saúde no mundo entre 1985 e o fim do milênio, a partir dos anos 2000 a tendência geral foi de crescimento constante, com alguns pontos fora da curva como 2006, 2014 e 2017.

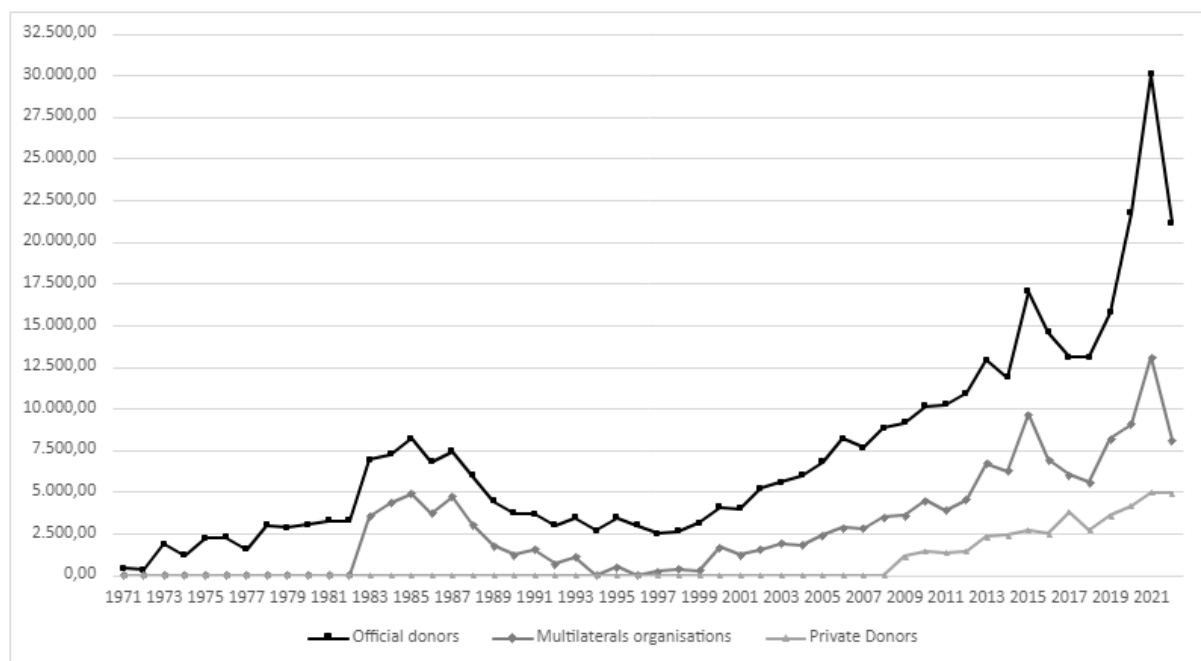
Outro aspecto presente nessa tabela que não fazia parte da discussão feita pelos autores em 2009 foi a participação dos doadores privados na composição da AOD para saúde no mundo. Isso se dá por conta da disponibilização dos dados referentes a essas entidades

começar a ser feita apenas no ano de 2011, e desde então apresentando uma crescente constante, se desconsiderado o ano de 2018.

Enfim, a tendência de AOD para saúde no mundo pouco se alterou nos últimos anos, mantendo-se em geral em uma crescente, que foi acentuada, inclusive, pela pandemia de COVID-19. Portanto, os dados de 2022 apesar de indicarem uma queda em relação à 2021, demonstram uma crescente quando comparados aos fluxos presentes antes da pandemia.

Gráfico 1: AOD para Saúde total, alocada para o mundo todo no período entre 1971 e 2022

Valores em US\$ milhões de dólares



Fonte: ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. DAC5: Aid (ODA) by sector and provider, 2025a.

O estudo conduzido por Nomura *et al* (2021a) mostra algumas informações interessantes em relação às discussões sobre AOD para Saúde entre 2011 e 2018, ainda antes do cenário pandêmico. Por exemplo, o texto aponta que os países do DAC ainda estão aquém do nível de auxílio firmado em 1970, que ditava ao menos 0,7% da Renda Nacional Bruta (RNB) gasta em auxílios, considerando que a média de gastos desses países foi de apenas 0,3% do RNB.

Entretanto, como indica o texto de Clemens e Moss (2005) tal alvo nunca se fez uma obrigação dentre os países antes de 2005, e que mesmo após esse ano apenas seis países tinham tornado essa marca em uma obrigação, até a publicação daquele artigo. Além do mais, os autores afirmaram que esse objetivo acertado entre os países, além de não ser mandatório,

não deveria ser considerado como o nível “ótimo” auxílio dado aos países em desenvolvimento, apresentando três argumentos para tal: (1) o mundo mudou radicalmente desde que esse propósito foi inicialmente definido (1968); (2) o método utilizado para chegar no objetivo de 0,7% não é mais considerado válido ou verossímil; (3) e a premissa retrógrada de determinar a quantidade correta de fluxo de ajuda para países pobres baseada no tamanho da economia de países ricos. Os autores entendem que o objetivo de 0,7% de RNB/AOD teve seu valor em impulsionar o governo de países ricos em aumentar o orçamento destinado para AOD, mas que nunca deveria ter sido considerado como o nível apropriado de AOD a ser alcançado. Assim, eles concluem que para que uma meta de auxílio internacional seja útil, esta deveria levar em conta tanto as necessidades dos países beneficiados pela ajuda, quanto o processo político e prioridades orçamentárias dos países doadores.

Já Nomura *et al* (2021b) produziram um estudo mais aprofundado sobre a AOD em saúde, com enfoque sobre a DAH (*Development Assistance for Health* ou Assistência ao Desenvolvimento para Saúde) e suas tendências mundiais. Essas pesquisas confirmam que a saúde global tem recebido cada vez mais atenção ao redor do mundo, sendo um elemento muito importante da política externa de alguns países doadores. Entretanto, o texto também suscita algumas críticas quanto à distribuição desses recursos, afirmando que não há uma coincidência entre a alocação dos recursos com o fardo das doenças e nem com a efetividade de custos das intervenções nos países receptores. Ou seja, apesar de o tema se tornar cada vez mais relevante, a DAH ainda sofre com problemas de má gestão e mal direcionamento de recursos.

É exatamente sobre essa discussão entre distribuição de recursos e efetividade de programas de DAH que o texto escrito por Kim *et. al* (2022) se debruça. O artigo reitera que ainda há uma falta de atenção na seleção de alvos para a AOD, apesar de se ter recentemente uma ênfase no monitoramento e na avaliação dos programas de saúde impactados por elas. Dessarte, uma das críticas traçadas pelos autores é a de que, apesar das diversas investigações que são feitas quanto à eficácia dos programas e dos efeitos que a DAH tem na melhora de saúde ao redor do mundo, pouco se pesquisa e discute sobre o processo de distribuição desses recursos. A preocupação que se tem quanto à destinação dos auxílios é de que tal processo ainda parece ser definido por interesses internos dos governos dos países doadores e de suas bagagens políticas, pois a destinação dos recursos ainda é feita sem nenhum tipo de critério ou procedimento transparente.

Apesar das críticas à falta de transparência e aparente descaso com as realidades vivenciadas nos países que recebem o auxílio, a AOD ainda é um instrumento importante

para o investimento em saúde no mundo, em especial para países LMICs (*Lower and Middle-Income Countries*, que traduzindo seriam Países de Baixa e Média Renda), nos quais o aporte financeiro pode ser visto como relevante, ou até mesmo essencial (Nomura 2023, p. 1). Tal situação foi ainda mais exacerbada pelo desastre epidemiológico que se conflagrou no mundo a partir de dezembro de 2019, como aponta o aumento de gastos por conta da pandemia de COVID-19 em Nomura *et al.* (2023), Wakabayashi *et al.* (2023) e Campos e Kawai (2023). Segundo os autores, o auxílio total, bilateral e multilateral teve um aumento no orçamento dos países do DAC no período de 2011 a 2021, com a pandemia exercendo forte influência para a alta do período (NOMURA *et al.*, 2023). Como tendência nos outros textos, estes autores, também critica a alocação de recursos feita pelos países do DAC, pelo fato de que não correspondem à real necessidade percebida em decorrência das consequências geradas pela pandemia nos países recipientes, o que sugere vulnerabilidades na entrega de auxílio pelos países doadores. Wakabayashi *et al.* (2023) ainda evidencia um certo abandono de outros setores de auxílio externo para que os recursos fossem focados no auxílio oficial para a saúde no período da pandemia, especialmente em decorrência dos desafios impostos pela pandemia.

Mais além, a pandemia do COVID-19 trouxe à mesa um aprofundamento da discussão sobre distribuição de recursos pelos países doadores, e como ao longo dos anos essas tendências levaram a uma dependência de países de baixa renda nesse sistema. Campos e Kawai (2023) identificaram uma tendência de se entender a “cooperação internacional entre nações” como algo inerentemente positivo, mas consideram que isso acaba mascarando uma dependência nas forças hegemônicas que governam esse sistema internacional de ajuda. Assim, os autores propuseram uma reflexão sobre o caminho que estava sendo tomado em relação a cooperação internacional para o setor da saúde, após a resposta catastrófica à pandemia nos anos de 2020 e 2021, período no qual cerca de 15 milhões de vidas foram perdidas direta ou indiretamente pela COVID-19. (WORLD HEALTH ORGANIZATION 2022). Para os autores, o conceito de “saúde global” que vinha sendo promovido acabou por ser impeditivo para as nações lidarem com a pandemia de um forma coletiva e equitativa. (CAMPOS; KAWAI, 2023, p. 67)

Nos últimos anos, assim, surgiram mais artigos que buscavam descrever as vulnerabilidades do sistema praticamente imposto ante os países em desenvolvimento e tentam trazer à tona algumas sugestões de como se poderia “*repensar a assistência externa para a saúde*” (SHROFF *et al.* 2022).

Shroff *et al* (2022), analisa a sustentabilidade do auxílio externo para saúde do modo como ele é atualmente praticado, pois apesar do aumento dos volumes de AOD para saúde no mundo as pressões econômicas mundiais têm sugerido que a sustentabilidade desse nível de ajuda pelo mundo estaria ameaçada. O principal problema apontado pelos autores é que o modelo atual de AOD ainda é muito baseado em assimetrias de poder entre doadores e recipientes, como o foco em prioridades determinadas pelos doadores e não pelos beneficiados. Assim, ao invés dos recursos serem direcionados para as prioridades encontradas em cada Estado, elas são decididas arbitrariamente pelos doadores e muitas vezes acabam até por minar a sustentabilidade dos serviços oferecidos ao invés de habilitá-los em direção ao acesso à saúde universal.

Os mesmos autores, dois anos mais tarde, aprofundaram as ideias contidas nesse trabalho através de uma edição especial da revista *Health Policy and Planning* (2024), ainda advogando por um novo olhar para AOD, no qual a distribuição de recursos em DAH deveria ser complementar às prioridades nacionais de cada Estado, “não as decididas em Washington ou Genebra.” (SPARKES *et al* 2024, p. 1). Os autores debateram haver quatro pontos em particular que deveriam ser abordados em novas pesquisas e discussões sobre o assunto:

1. Como fazer os doadores responsáveis perante os beneficiários finais da assistência externa
2. Como desenvolver estratégias viáveis para aumentar investimentos domésticos em saúde
3. Como superar interesses dos doadores e dos beneficiários que sejam resistentes a mudanças em face de mudanças demográficas, epidemiológicas e econômicas.
4. Como entender e diferenciar entre representatividade global e local em agências mundiais.

Dessarte, a visão dos autores é focada em como fortalecer os atores nacionais na tomada de decisão sobre o que, por quem e como é feito o apoio da assistência externa à saúde. Ou seja, os pesquisadores buscam uma mudança de mentalidade tanto dos doadores quanto dos receptores, para que estes possam ter mais voz na tomada de decisão sobre o que é feito com o auxílio recebido. Enfim, há também um enfoque em como deslocar os recursos domésticos de prestações de serviços básicos para um investimento em sistemas de vigilância e o desenvolvimento de regulamentações e orientações efetivas.

Adeyi (2023) trata da transição para além da dependência em auxílio para saúde. O autor não nega a importância das contribuições feitas por países doadores, e como tais atos

realmente melhoraram a saúde em diversos países. Entretanto, ao fazer isso, também se perpetuou a fragilidade dos sistemas de saúde em países em desenvolvimento, pois ao se tornarem dependentes nos auxílios externos muitos países de menor renda se conformaram a isso e diminuíram a própria participação no investimento à saúde. O momento no qual mais se percebeu essa discrepância foi na pandemia de COVID-19, que demonstrou que apesar da AOD contribuir para a melhora da saúde em curto prazo, em situações emergenciais o modelo atual de assistência à saúde peca ao não ter construído a estrutura necessária para enfrentá-la. Como o próprio autor enfatiza, “essa não é uma chamada para reduzir ou acabar com a assistência, mas para reajustá-la de forma que construa uma auto suficiência e a responsabilização local em países em desenvolvimento”. (ADEYI, 2023, p. 89)

Consequentemente, podemos constatar que muitas questões ainda não foram superadas, continuando a ser relevantes para as discussões sobre AOD e DAH nos dias atuais. Assim como os textos discutidos anteriormente, Olila (2005), MacKellar (2005) e Schieber *et al* (2006) também demonstraram que apesar de haver um crescimento na importância e no volume de assistência ao desenvolvimento para saúde, as prioridades não refletem muitas vezes as reais necessidades vividas pelos países beneficiados, ficando assim a mercê da boa vontade e das relações políticas com os outros países. Schieber *et al* (2006) clamam por mudanças na arquitetura da entrega de auxílio externo, pois o *modus operandi* atual da AOD poderia “acabar com essa oportunidade histórica de melhorar a saúde de pessoas pobres.” (SCHIEBER *et al* 2006)

Logo, a assistência para saúde ainda é relevante e muito importante, principalmente para os países que são chamados de “menor desenvolvimento”. Todavia, diferentemente do que se imaginava quinze anos atrás, a situação atual pede por uma reformulação da estratégia utilizada para auxiliá-los, incentivando uma maior atenção e agência aos países receptores e a construção de uma estrutura de saúde mais sólida de um modo geral, e não necessariamente uma diversificação dos atores envolvidos no envio do auxílio externo ou maior aporte de recursos como se realizou anteriormente. Como Campos e Kawai (2023, p. 74) expuseram: “sistemas de saúde fracos são fatores por trás de pandemias e epidemias.”

3. Resultados

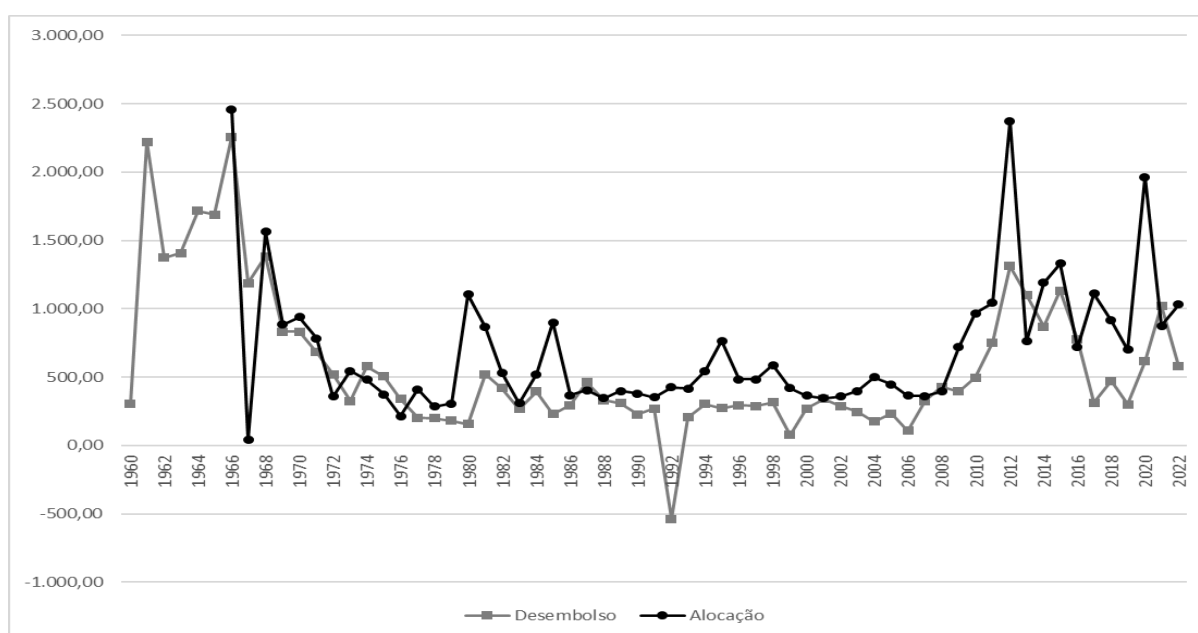
Esta parte do trabalho se dedica a atualização dos dados presentes na pesquisa de Campos *et al* (2009), explorando tais levantamentos em busca de novas tendências, flutuações nos fluxos de AOD e discrepâncias com os dados da pesquisa anterior. Ela será dividida em cinco partes, dedicadas às tendências da AOD geral no Brasil, tendências de AOD para saúde no país, principais doadores reportados, principais setores afetados e na participação da AOD no orçamento para saúde do Ministério da Saúde, respectivamente.

3.1 Tendências da AOD Geral no Brasil

O primeiro conjunto de dados a ser analisado é a distribuição total de Assistência Oficial ao Desenvolvimento destinada ao Brasil. Podemos notar através do Gráfico 2 que o desembolso de recursos destinados ao governo brasileiro se iniciou na década de 1960, mantendo um valor acima dos US\$1 bilhão até meados da década. Um fato importante a ser notado é que, adjuntamente à diminuição de assistência desembolsada para o país, houve o início da alocação oficial dos valores ao governo brasileiro. Dessarte, os valores alocados e desembolsados, a partir do início da década de 1970 iniciaram um processo de estabilização, no qual os valores alocados em geral superaram os valores desembolsados.

Gráfico 2: AOD para o Brasil no período entre 1960 e 2022

Valores em US\$ milhões de dólares



Fonte: ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Data Explorer: CRS: Creditor Reporting System (flows) [cloud replica]. 2024

Durante o intervalo de tempo entre 1970 e 2008, observa-se uma certa estabilização dos valores desembolsados para o governo brasileiro provindo de AOD, sendo o ano de 1992 um ponto fora da curva devido à maior contribuição do Brasil para organismos internacionais do que efetivamente desembolso de auxílio externo, como já observado no trabalho anterior (CAMPOS *et al*, 2009). Os dados, tanto alocados quanto desembolsados, apenas tiveram uma mudança mais brusca a partir do segundo mandato de Luís Inácio Lula da Silva, quando se nota um grande aumento de fluxos de AOD no país. Um aumento semelhante pode ser observado no ano de 2020, muito devido ao aumento do auxílio externo destinado à saúde em decorrência da pandemia de COVID-19 que havia se iniciado naquele ano.

3.2 Tendências da AOD para Saúde no Brasil

Ao analisarmos o Gráfico 3, referente aos anos anteriores à pandemia de Covid-19 (1997-2019), é possível traçar uma análise mais completa em relação a esse período. Assim, pode-se visualizar que após um leve crescimento no início do milênio, a tendência de AOD para saúde no país após 2008 seguia um leve decréscimo, ainda que com algumas variações, como no ano de 2016 que apresentou um aumento de mais de cinco vezes nos valores desembolsados quando comparado à 2015².

Já na análise do Gráfico 4, a informação que se sobressai é em relação aos valores alocados e desembolsados para o Brasil entre 2020 e 2022, que superaram muito qualquer outro valor já recebido. Em relação a esse aumento, uma observação interessante a ser feita é sobre os valores alocados anualmente em média nos dois períodos, antes e após a pandemia já citada. Enquanto foram alocados para o país cerca de US\$ 9,7 milhões em média entre 1997 e 2019, nos três anos seguintes essa média foi multiplicada por aproximadamente 8 vezes, com um valor médio de US\$ 71,2 milhões. Por conta da já citada falta de transparência do sistema internacional de auxílio externo é difícil precisar qual a real causa desse aumento, ademais da óbvia que seria a pandemia do COVID-19. Assim, é levantado como hipótese a importância do país no campo da vacinação, como demonstrado pela reportagem feita pelo Portal do Butantan (PINELLI, 2022), e pelas diversas parcerias desenvolvidas entre entidades de saúde brasileiras e internacionais durante o auge da pandemia, como exemplo a parceria entre o Instituto Butantan e a chinesa Sinovac, que produziu a vacina CoronaVac (PORTAL

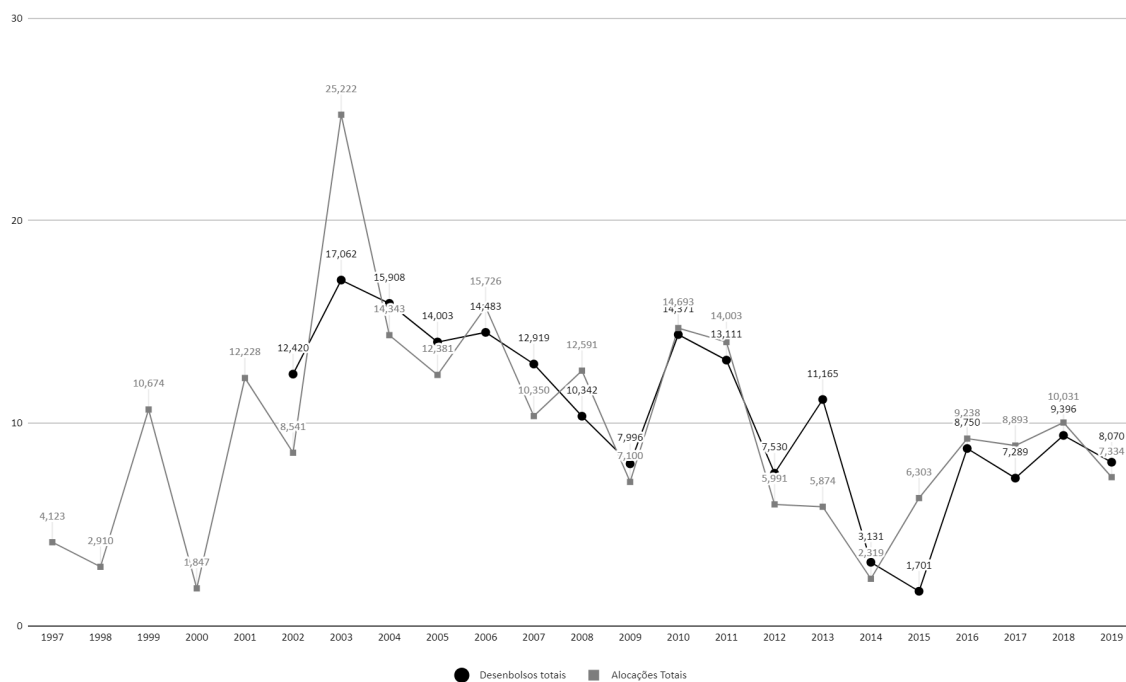
² Não foi possível determinar a razão desse aumento com base nos dados disponibilizados pela OCDE. Em pesquisa complementar feita através do ChatGPT, levantou-se a suposição da epidemia de Zika e Chikungunya, além da realização das Olimpíadas no país em 2016. Essas suposições são aqui registradas como indicativos preliminares para pesquisas futuras. (CHATGPT, 2025)

DO BUTANTAN, 2021), que apesar de não estar representada nos gráficos por ser entre membros de fora do DAC, ainda assim exemplifica a importância do Brasil na área.

Portanto, diferente do que se era percebido quando da última pesquisa (2009), a AOD para saúde no país ao invés de manter-se em uma crescente se viu decaindo lentamente, com alguns espasmos de crescimento como em 2016, até que a pandemia viesse e mudasse novamente o panorama de AOD para saúde no Brasil. Assim, é importante ressaltar a variabilidade deste tipo de ajuda externa ao longo do período estudado. Ao longo dos 25 anos no qual se foi reportado a AOD para a Saúde no Brasil é muito difícil de se desenhar uma tendência para o futuro, já que recorrentemente ocorrem choques, sejam de aumentos ou de diminuições, nos fluxos de ajuda externa para saúde no Brasil.

Gráfico 3: AOD Saúde Brasil 1997 a 2019

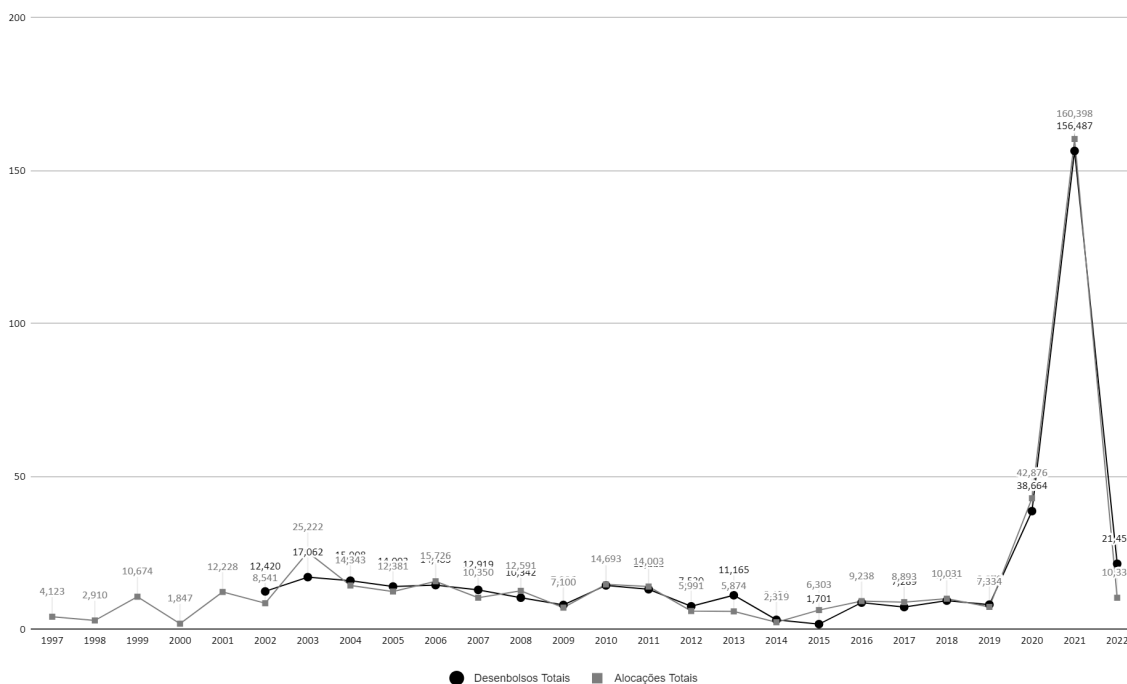
Valores em US\$ milhões



Fonte: ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Data Explorer: CRS: Creditor Reporting System (flows) [cloud replica]. 2024.

Gráfico 4: AOD saúde de 1997 a 2022 Brasil

Valores em US\$ milhões



Fonte: ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Data Explorer: CRS: Creditor Reporting System (flows) [cloud replica]. 2024

Prosseguindo com a intenção de atualizar o trabalho publicado em 2009, os problemas levantados em relação à falta de referências para explicar tais oscilações nos valores alocados e desembolsados para o país na área da saúde ainda não foram resolvidos (CAMPOS *et al*, 2009). Isto é, ainda não houve uma pesquisa exaustiva que busque compreender os motivos que levam a AOD de saúde no Brasil oscilar, tanto em termos de promessas de recursos (alocações), quanto em recursos utilizados (desembolsos) pelas nações detentoras destes. Mais além, apesar das melhorias já destacadas na base de dados da OCDE, ainda há uma lacuna em relação aos valores desembolsados para o Brasil entre 1997 e 2001. Logo, consentindo com as demandas feitas pelos autores do artigo que este trabalho tem como base, são necessárias mais pesquisas que busquem esclarecer esses fatos supracitados, para que seja possível analisar melhor as políticas de AOD no Brasil e no mundo.

3.3 Doadores Bilaterais e Multilaterais

Como atualização do artigo publicado em 2009, foi feita uma consulta dos agentes alocadores mais relevantes nesse processo, tanto bilaterais quanto multilaterais. Na Tabela 3, é notável que existe uma grande disparidade entre o Japão e o restante dos países doadores, pois, sozinho, o país foi responsável por quase 40% de toda a alocação de auxílio realizado para o Brasil durante os 25 anos analisados.

Tabela 3: Classificação dos maiores doadores de AOD alocada para Saúde no Brasil no período entre 1997 e 2022

AOD Bilateral			AOD Multilateral			AOD total		
País	US\$ mi	%	Instituição	US\$ mi	%	País	US\$ mi	%
Japão	169,541	38,86%	Fundo Global	51,641	76,55%	Japão	169,541	33,65%
EUA	105,577	24,20%	OMS	8,938	13,25%	EUA	105,577	20,96%
França	52,900	12,12%	BID	3,774	5,59%	França	52,900	10,50%
Reino Unido	48,291	11,07%	IUE	1,85	2,74%	Fundo Global	51,641	10,25%
Alemanha	15,966	3,66%	UN MPTF	0,877	1,30%	Reino Unido	48,291	9,59%
Canadá	14,518	3,33%	UNICEF	0,196	0,29%	Alemanha	15,966	3,17%
Itália	14,029	3,22%	OMS SPRP	0,18	0,27%	Canadá	14,518	2,88%
Espanha	7,322	1,68%	TOTAL	67,457	100,00%	Itália	14,029	2,78%
Irlanda	2,235	0,51%				OMS	8,938	1,77%
Noruega	2,075	0,48%				Espanha	7,322	1,45%
Outros	3,870	0,89%				Outros	15,057	2,99%
Total	436,324	100,00%				Total	503,780	100,00%

Fonte: ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Data Explorer: CRS: Creditor Reporting System (flows) [cloud replica]. 2024

Além do Japão, a alocação de AOD Bilateral feita por Estados Unidos, França e Reino Unido também foi muito significativa, considerando a tabela analisada (3). O valor alocado por esses três países corresponde a mais de US\$200 milhões até 2022, sendo metade desse valor prometido apenas pelos Estados Unidos. Assim, a ajuda oferecida pelo grupo dos quatro países anteriormente citados corresponde a mais de $\frac{3}{4}$ de todo o valor alocado para o Brasil até o ano de 2022.

Além da alocação feita bilateralmente, há também aquelas feitas por organismos internacionais. Assim, nos últimos 25 anos, sete instituições diferentes alocaram recursos para o auxílio externo destinado à saúde no Brasil: o FG, a OMS, a UN MPTF, as IUE, a UNICEF e o SPRP da OMS. Comparado a última pesquisa, que recolheu dados até 2007, houve um aumento muito grande tanto no número de organizações que contribuíram em

DAH para o Brasil, quanto no valor distribuído por elas. Até 2007, apenas US\$13 milhões aproximadamente que provinham de AOD multilateral haviam sido alocados para o Brasil, enquanto atualmente o valor alocado ao país já supera os US\$50 milhões.

Outro ponto relevante em relação ao auxílio alocado pela via multilateral é a presença de duas instituições que aparecem na tabela (3), o *United Nations COVID-19 Response and Recovery Multi-Partner Trust Fund* (UN MPFT) e o *COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan* da Organização Mundial da Saúde (OMS SPRP). Essas duas agências citadas acima são parte respectivamente da ONU e da OMS e fizeram parte dos programas de auxílio emergencial prestados, pelas organizações internacionais em questão, em decorrência da pandemia de COVID-19, como indicado pelo próprio nome dos programas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021; UNITED NATIONS, 2023).

Enfim, ao analisar essa tabela, é possível se ter uma ideia melhor do nível de auxílio alocado à saúde aos governos brasileiros nos últimos 25 anos. Percebe-se assim a maior relevância que a AOD bilateral teve para o país, sendo a sua contraparte multilateral constituindo apenas 13,4% do montante total alocado. Assim, é notável que apesar de antes de 2019 a tendência ser de queda dos valores alocados para o país (Gráfico 3), a pandemia iniciada em 2020 significou um grande aumento da AOD para saúde no país, trazendo consigo também novos doadores e protagonistas para auxílio externo prestado ao Brasil como indica a tabela abaixo. Os dados trazidos pela Tabela 4, indicam, como era de se esperar, que tal contribuição não aconteceu de forma linear. Vale registrar que o Japão assumiu a posição de maior país com maior alocação de AOD para saúde no Brasil a partir de 2021, ano no qual o país teve a maior alocação para esta área no Brasil já registrada pela OCDE (2024b).

Tabela 4: Valores alocados nos anos de 2020, 2021 e 2022 bilateral e multilateral

US\$ milhões, valores constantes de 2022

Período	2020	2021	2022	Total
Japão	4,491	134,523	5,958	144,972
EUA	33,746	17,548	0,787	52,081
Reino Unido		5,405	1,934	7,340
OMS	2,298	1,362	0,846	4,506
Itália	0,416	2,036	0,444	2,896
Alemanha	2,066	0,328	0,342	2,736
BID	1,334		0,200	1,534
Coreia do Sul	0,951		0,193	1,144
França	0,258	0,142	0,496	0,896

UN MPTF		0,877		0,877
Outros	0,948	0,415	0,364	1,727
Total	46,508	161,76	11,743	220,011

Fonte: ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Data Explorer: CRS: Creditor Reporting System (flows) [cloud replica]. 2024

Uma vez analisadas as maiores alocações de recursos realizados para o Brasil no âmbito da saúde, é de nosso interesse também entender quais foram as tendências dos desembolsos de recursos para o país, isto é, o envio efetivo de remessas a serem enviadas para auxiliar na saúde brasileira.

Tratando-se de AOD multilateral e bilateral, pouco foi alterado, sendo o ponto fora da curva as Instituições da União Europeia (IUE), que apesar de destinarem mais de US\$ 1 milhão para a saúde no Brasil como visto na Tabela 3, não efetuaram os desembolsos de seus fundos para o país, indicado pela sua falta na Tabela 5, que mostra os dados sobre desembolsos de AOD para a saúde do Brasil.

Tabela 5: Classificação dos maiores doadores de AOD desembolsada para Saúde no Brasil no período entre 1997 e 2022

AOD Bilateral			AOD Multilateral			AOD total		
País	US\$ mi	%	Instituição	US\$ mi	%	País	US\$ mi	%
Japão	169,320	41,68%	Fundo Global	40,664	75,13%	Japão	169,320	36,78%
EUA	91,690	22,57%	OMS	8,938	16,51%	EUA	91,690	19,92%
França	44,441	10,94%	BID	3,27	6,04%	França	44,441	9,65%
Reino Unido	44,378	10,92%	UN MPTF	0,877	1,62%	Reino Unido	44,378	9,64%
Alemanha	18,740	4,61%	UNICEF	0,196	0,36%	Fundo Global	40,664	8,83%
Canadá	13,959	3,44%	OMS SPRP	0,18	0,33%	Alemanha	18,740	4,07%
Itália	10,779	2,65%	Total	54,126	100%	Canadá	13,959	3,03%
Espanha	4,753	1,17%				Itália	10,779	2,34%
Irlanda	2,046	0,50%				OMS	8,938	1,94%
Dinamarca	1,313	0,32%				Espanha	4,753	1,03%
Outros	4,830	1,19%				Outros	12,712	2,76%
Total	406,249	100,00%				Total	460,375	100,00%

Fonte: ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Data Explorer: CRS: Creditor Reporting System (flows) [cloud replica]. 2024

Ainda no âmbito da cooperação multilateral, o maior contribuidor foi o Fundo Global (FG)³. Contudo, o FG não contribuiu com desembolsos por um período muito extenso de tempo, como é possível observar na tabela abaixo. Isto é, apesar de ser a organização com o maior desembolso multilateral de AOD para saúde no Brasil, esta contribuição foi reportada na base de dados da OCDE como tendo sido feita pela última vez em 2013.

Tabela 6: Dados do desembolso anual feita pelo Fundo Global

Período	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Valores em US\$ milhões	2,504	6,877	11,51	8,878	10,736	0,05	0,108	40,664

Fonte: ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Data Explorer: CRS: Creditor Reporting System (flows) [cloud replica]. 2024

Uma atualização interessante de ser observada, uma vez que já se foram analisadas todas as tabelas referentes aos maiores parceiros de AOD para saúde em geral do Brasil, é a dos países que ocupam o topo da classificação atualmente e os que ocupavam em 2007. Há quinze anos, o primeiro lugar da classificação geral, tanto de alocações, quanto de desembolsos, eram os franceses, que lideravam por mais de 20% sobre o segundo colocado, os Estados Unidos. Já nos dias atuais, é o Japão que ocupa esse lugar, muito por conta do seu papel no auxílio durante a pandemia, como visto na Tabela 4. Mais além, os franceses foram superados também pelos estadunidenses, tanto em alocações quanto em desembolsos. Outro caso interessante é o da Alemanha. Em termos de AOD alocada para o Brasil, o país manteve-se como o quinto colocado na classificação entre os contribuidores bilaterais, porém desceu duas posições em relação a sua posição em 2007 em termos de AOD desembolsada. Assim, enquanto era o terceiro maior doador bilateral de recursos à saúde para o Brasil, hoje em dia este lugar é ocupado pela França, e mesmo antes da pandemia era a posição do Reino Unido. Ou seja, ao longo dos últimos quinze anos muitas posições se inverteram e poucos foram os países que se mantiveram na mesma posição que em 2007, como já era de se esperar dada a variabilidade da AOD destinada ao Brasil nesta área. Alguns como a Alemanha e a França perderam um pouco a importância que tinham outrora, já outros como Estados Unidos e, principalmente, o Japão destacaram-se na AOD para saúde para os brasileiros no biênio 2021-2022.

³ Na última pesquisa reportado como *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* (GFATM), atualmente por questões de praticidade e de alcance atualmente é mais utilizado o nome abreviado

Por fim, é ponto notável que houve uma maior alocação de recursos para o Brasil do que realmente foi desembolsado pelo país, isto é, nem todo o valor que foi prometido como exclusivo ao Brasil necessitou ser utilizado pelo mesmo. Assim, cerca de US\$40 milhões alocados, deixaram de ser desembolsados para o país (Tabela 3 e 5).

Assim como a pesquisa de 2009 (CAMPOS et. al, 2009, p. 109), deve-se ressaltar que a contribuição dos países nas diversas áreas beneficiadas pela AOD para saúde ainda é “significativamente distinta”. Logo, utilizando-nos da classificação dos maiores doadores de AOD desembolsada para saúde pública no Brasil, como nos mostra a Tabela 7, podemos compreender um pouco melhor essas diferentes tendências.

Tabela 7: Classificação dos maiores doadores de AOD desembolsada para Saúde Básica no Brasil no período entre 1997 e 2022

AOD Bilateral			AOD Multilateral			AOD total		
País	US\$ mi	%	Instituição	US\$ mi	%	País	US\$ mi	%
Japão	152,015	53,85%	Fundo Global	40,664	86,08%	Japão	152,015	46,13%
EUA	87,637	31,04%	OMS	4,092	8,66%	EUA	87,637	26,59%
Alemanha	12,748	4,52%	BID	1,28	2,71%	Fundo Global	40,664	12,34%
Reino Unido	10,262	3,63%	ONU MPTF	0,877	1,86%	Alemanha	12,748	3,87%
Itália	4,948	1,75%	OMS SPRP	0,18	0,38%	Reino Unido	10,262	3,11%
Canadá	4,909	1,74%	UNICEF	0,137	0,29%	Itália	4,948	1,50%
Espanha	2,833	1,00%	EU	0,01	0,02%	Canadá	4,909	1,49%
França	2,333	0,83%	Total	47,24	100,00%	OMS	4,092	1,24%
Coreia do Sul	1,144	0,41%				Espanha	2,833	0,86%
Irlanda	0,912	0,32%				França	2,333	0,71%
Outros	2,579	0,91%				Outros	7,12	2,16%
Total	282,32	100,00%				Total	329,56	100,00%

Fonte: ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Data Explorer: CRS: Creditor Reporting System (flows) [cloud replica]. 2024

Comparado a 2007, alguns contribuidores que anteriormente não se faziam tão relevantes no investimento à Saúde Básica no Brasil, nos últimos anos aumentaram sua presença na área, sendo eles a Coreia do Sul e a França, que não apareciam entre os dez maiores contribuidores bilaterais quando da última pesquisa. Apesar dessa aparente melhora do desembolso francês no setor de saúde básica no Brasil, assim como há 15 anos, a França mantém uma tendência de pouco contribuir para esse setor da saúde do Brasil. Isso é denotado pela proporção entre desembolsos para saúde básica e para saúde geral feitas pelo

país europeu que chega a pouco mais de 5%, assim saindo de uma terceira colocação na classificação para saúde geral até 2022, para a décima nos dados mais atualizados sobre saúde básica no mesmo período. Em contrapartida a essa tendência, o Fundo Global destinou todos os seus investimentos para programas de saúde básica no Brasil, assim tomando o lugar da França no terceiro lugar geral entre os maiores desembolsos para esse setor da saúde no Brasil.

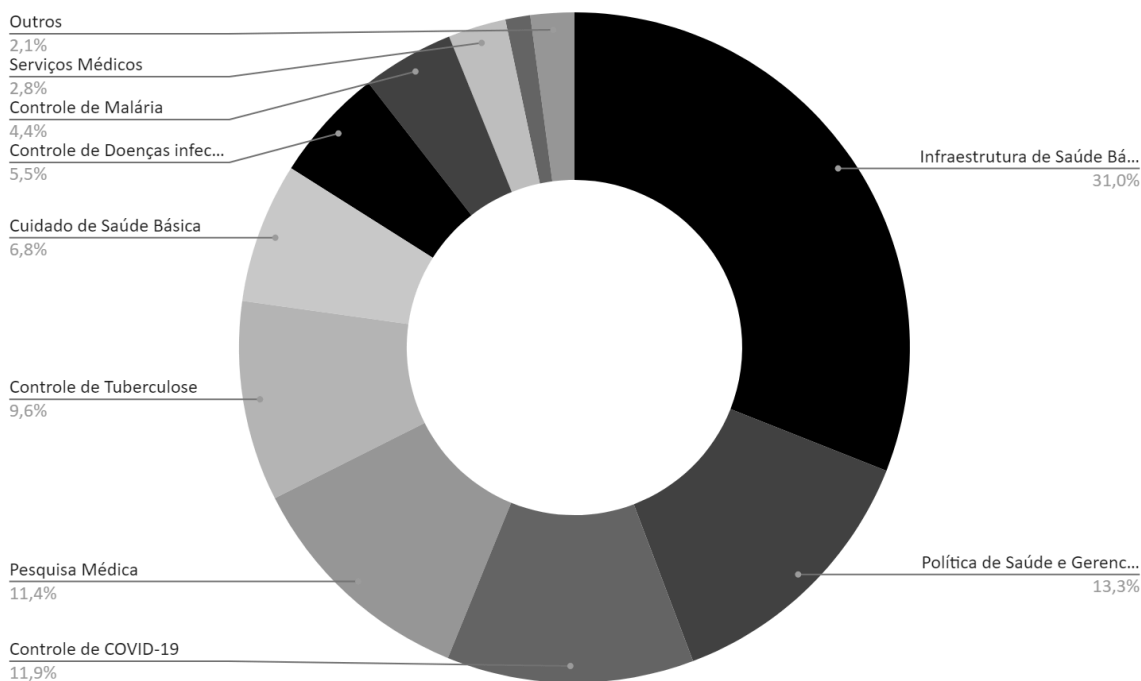
3.4 Distribuição de Recursos nos setores

Partimos, enfim, para os dados acerca da distribuição dos recursos dentro do território nacional, isto é, para que tipo de serviços foram destinados os fluxos de AOD para saúde no Brasil durante o período de 25 anos estudado.

Em consonância com os dados levantados em 2009, as informações exemplificadas pelo Gráfico 4 mostram que a saúde básica ainda é o principal destino para a AOD de saúde no Brasil. Entretanto, enquanto no estudo anterior o setor que destacou-se foi a de “Cuidado à Saúde Básica”, que se configura pelo cuidado à programas de saúde básica e primária, suprimento de medicamentos e vacinas relacionados ao cuidado de saúde básica, além de atividades que almejam a Cobertura Universal de Saúde, entre 1997 e 2022, o principal setor a receber incentivos foi a “Infraestrutura de Saúde Básica”, que se traduz na construção, reforma e melhoria de hospitais pequenos, clínicas, almoxarifados e equipamentos médicos relacionados a estes. (ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT, 2025b) Outro setor que também manteve um elevado índice de contribuição foi o de “Política de Saúde e gerenciamento administrativo”, que apesar de diminuir sua participação, ainda manteve-se como o segundo setor a mais receber apoio. Já a anteriormente citada “Cuidado à Saúde Básica” saiu de 23,7% do total alocado ao Brasil em 2007 para apenas 6,8% em 2022.

Alguns setores presentes no Gráfico 4 que não estavam registrados na pesquisa anterior são, por exemplo, aqueles específicos ao combate de doenças como Malária, Tuberculose e principalmente o Covid-19. Juntos, os recursos alocados para o combate às doenças específicas representaram mais de 20% do total prometido ao Brasil. O “Combate de COVID-19”, sozinho, representa metade desse valor. Todavia, algumas áreas importantes na década de 2000, como “Educação em Saúde” e “Treinamento/Educação Médica”, não aparecem representadas nos dados mais recentes, já que muitas delas não representam individualmente nem 1% do valor destinado ao Brasil em AOD para saúde nos últimos anos, estando agrupados em “Outros” no gráfico abaixo.

Gráfico 5: Distribuição percentual dos propósitos de programas e projetos da saúde do Brasil apoiados pela AOD de 1997 a 2022.



Fonte: ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Data Explorer: CRS: Creditor Reporting System (flows) [cloud replica]. 2024

3.5 Participação no Orçamento do MS

Como última análise a ser feita, nos resta debruçar sobre a participação da Assistência Oficial ao Desenvolvimento para a saúde no orçamento liquidado pelo Ministério da Saúde no período entre 1997 e 2022⁴. Para tanto, serão utilizados os dados apresentados por Campos *et al* (2009), em especial no período entre 1997 e 1999 (período em que os dados do Ministério da Saúde não estão mais disponíveis), complementando-os com dados levantados pelo Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP), do Ministério do Planejamento do Brasil a partir do ano 2000 (SISTEMA INTEGRADO DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO, 2025).

⁴ O SIOP possui várias categorias de classificação do orçamento federal: Projeto de Lei, Dotação Inicial, Dotação Atual; Empenhado; Liquidado e Pago. Foi escolhida a categoria “orçamento liquidado” para buscar uma convergência mínima com a AOD desembolsada para o Brasil no período em análise.

Assim como abordado na última pesquisa, a AOD para saúde no Brasil se mostrou pouco representativa no volume orçamentário liquidado pelo Ministério da Saúde, somando apenas 0,05% de todo o total gasto em saúde no país nos 25 anos analisados. Além do mais, se forem desconsiderados os anos posteriores à pandemia e os da primeira metade da década de 2000, em nenhum dos demais anos atingiu-se essa marca de 0,05%. Assim sendo, em consonância com os dados de 2007, a AOD para saúde no Brasil tem participação bastante reduzida no total do orçamento liquidado pelo governo brasileiro para saúde no período analisado.

Tabela 8: Comparação entre o Orçamento Liquidado pelo Ministério da Saúde e a AOD desembolsada para o Brasil no período entre 1997 e 2022

	Orçamento MS em US\$ milhões	AOD em US\$ milhões	Percentual AOD/Orçamento
1997	8.641,36	-	0,00%
1998	8.879,96	-	0,00%
1999	9.345,94	-	0,00%
2000	12.402,609	-	0,00%
2001	11.119,777	-	0,00%
2002	9.685,516	12,420	0,13%
2003	9.818,618	17,062	0,17%
2004	12.487,021	15,908	0,13%
2005	16.483,073	14,003	0,08%
2006	20.362,621	14,483	0,07%
2007	22.569,717	12,919	0,06%
2008	26.446,617	10,342	0,04%
2009	27.278,304	8,0	0,03%
2010	34.789,895	14,371	0,04%
2011	41.937,173	13,111	0,03%
2012	40.166,611	7,53	0,02%
2013	39.219,167	11,165	0,03%
2014	40.128,313	3,131	0,01%
2015	30.830,078	1,701	0,01%
2016	31.220,659	8,750	0,03%
2017	35.260,093	7,289	0,02%
2018	32.605,460	9,396	0,03%
2019	31.982,782	8,070	0,03%
2020	31.671,376	38,664	0,12%
2021	32.236,814	156,487	0,49%
2022	287.798,887	21,452	0,01%
Total	866.098,572	406,25	0,05%

Fonte: ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Data Explorer: CRS: Creditor Reporting System (flows) [cloud replica]. 2024; SISTEMA INTEGRADO DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO. Painel do Orçamento Federal, 2025; IPEADATA. Taxa de câmbio - R\$ / US\$ - comercial - venda - média (BM_ERV), 2025.

4. Considerações Finais

Este trabalho procurou complementar o conhecimento acerca das tendências de AOD para saúde no Brasil tomando por base o artigo publicado por Campos *et al* (2009). Para tanto, foi realizada uma atualização deste artigo, discutindo os dados de AOD para saúde no Brasil entre 1997 e 2022 a partir da base de dados CRS da OCDE. No processo, foram levantados os principais doadores, os principais setores afetados e, por fim, a participação orçamentária desse tipo de auxílio externo no orçamento liquidado do Ministério da Saúde no mesmo período. Assim, considerando a análise dos dados e as discussões realizadas sobre a AOD para saúde no mundo, pode-se levantar algumas considerações.

No item 2 deste trabalho, que teve como objetivo compreender o entendimento da OCDE em relação a da AOD no mundo atual e também as discussões sobre AOD para saúde, é imprescindível notar a relevância da pandemia de COVID-19, tanto para os dados quanto para as discussões sobre o tema. A pandemia demonstrou uma falha no sistema de auxílio externo que vinha sendo empregado, e motivou os autores a levantar mais questionamentos quanto a esse sistema. Assim, foi abordado como este sistema se torna limitado ao muitas vezes se distanciar das necessidades presentes nos países receptores de auxílio externo, com o foco excessivo nas prioridades dos países doadores e suas políticas internas. Portanto, nas discussões sobre o tema da AOD para saúde no mundo, e sobre o sistema no qual esta está envolvida, é evidenciado a importância de uma reavaliação sobre a eficácia desse sistema, e uma possível mudança a fim de que se haja uma maior atenção às realidades presentes nos países receptores e que estes possam ter mais agência na organização e planejamento do auxílio externo recebido, construindo assim uma arquitetura de AOD mais sólida e preparada para eventuais desafios.

Já no item 3, que explorou novos dados em relação a AOD para saúde no no Brasil, foram relevantes os renovados fluxos de ajuda destinados ao Brasil em consequência da COVID-19, os principais contribuidores para esta área de AOD no Brasil, sendo eles o Japão, os Estados Unidos, a França e o Reino Unido, e a maior participação da AOD em sua forma bilateral para o auxílio externo enviado ao Brasil. Ademais, é importante ressaltar a mudança nas prioridades da AOD para saúde destinada ao Brasil em relação aos setores beneficiados e a participação que a ajuda externa teve no orçamento liquidado pelo ministério para saúde nos últimos anos. Em relação à primeira afirmação, pode-se notar uma guinada para um maior investimento em “Infraestrutura de Saúde Básica”, isto é, uma melhora das instalações, dos equipamentos e dos espaços para educação e treinamento de profissionais da saúde

básica, para melhor atender a população que depende de tais serviços. Já a discussão em relação à participação que a AOD para saúde teve no orçamento brasileiro para saúde gira em torno da restrita participação dela em volume total de recursos liquidados pelo Ministério da Saúde, assim como já analisado anteriormente por Campos *et al* (2009).

Contudo, apesar da quantidade de recursos destinados ao Brasil via AOD para saúde aparentar ser irrelevante, algumas situações, como a pandemia do COVID-19, sugerem que esta análise não é tão simples de ser feita. Isto é, mesmo que o volume de fluxos destinados à área da saúde no Brasil pareçam ser irrisórios quando se comparados ao volume de gastos do governo brasileiro nessa área, não é possível menosprezar o impacto nos programas afetados pelo aporte de recursos provindos de ajuda externa oficial. Os fluxos constantes de AOD para saúde no Brasil são uma demonstração da importância do auxílio recebido através desse sistema, inclusive para situações que fogem do controle, como a pandemia do COVID-19, que ocasionou um aumento exponencial de fluxos em 2021, alcançando uma participação da AOD para saúde em 0,5% do orçamento liquidado pelo Ministério da Saúde, algo inédito na história da AOD em saúde para o Brasil.

Apesar deste trabalho configurar apenas uma análise primária e predominantemente quantitativa da AOD em Saúde no Brasil, é possível destacar a relevância do assunto no momento atual e a necessidade de mais pesquisas que tratem deste assunto. Novas pesquisas poderiam melhor compreender as tendências destacadas por este trabalho, além de buscar resolver as lacunas apresentadas, para que se possam avançar as discussões acerca da temática no Brasil e melhor planejar e preparar o sistema de saúde brasileiro para eventuais desafios futuros.

5. Referências Bibliográficas

ADEYI, O. In focus: Transitioning out of aid dependency in health. *In: OECD. Development Cooperation Report 2023: Debating the Aid System*, Paris, OECD Publishing. pp. 87-96, Fev. 2023

CAMPOS, R. P; ALMEIDA, C; FONSECA, L. E. A Assistência Oficial para o Desenvolvimento na Saúde do Brasil de 1997 a 2007. **Comunicação e Ciência da Saúde**. Ciências Saúde, v. 20, n.2, pp. 101-114, Set 2009.

CAMPOS, R. P; KAWAI, S. Japan's ODA to Developing Countries in the Health Sector: Overall Trend and Future Prospects. *In: HAMAGUCHI, N; RAMOS, D. Brazil–Japan Cooperation: From Complementarity to Shared Value*. Springer Nature. 1. ed. Singapura, 2023. p. 43-83.

CHATGPT. OpenAI. Disponível em: <https://chatgpt.com/share/679a5d25-352c-800e-abbd-aad8191a686b>. Acesso em: 27 jan. 2025

CLEMENS, M. A; MOSS, T. J. Ghost of 0.7%: Origins and Relevance of the International Aid Target - Working Paper 68. **Center for Global Development**, Set. 2006.

FÜHRER, H. **The History 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 Development and Cooperation, Paris, 1994.

GRÉPIN, K. A; LEACH-KEMON K; SCHNEIDER, M; SRIDHAR, D. How to do (or not to do) ... Tracking data on development assistance for health. **Health Policy and Planning**, v. 27, n. 6, p. 527-534, Set. 2012.

HEALTH POLICY AND PLANNING. **Rethinking External Assistance for Health**. v. 39, n. 1, Jan 2024. Disponível em: https://academic.oup.com/heapol/issue/39/Supplement_1. Acesso em: 3 jan 2025.

KIM, S; TADESSE, E; JIN, Y; CHA, S. Association between Development Assistance for Health and Disease Burden: A Longitudinal Analysis on Official Development Assistance for HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria in 2005–2017. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 21, p. 14091, Out. 2022

IPEADATA. Taxa de câmbio - R\$ / US\$ - comercial - venda - média (BM_ERV). Disponível em: <http://www.ipeadata.gov.br/ExibeSerie.aspx?serid=31924>. Acesso em: 16 jan 2025

LIBRARY OF CONGRESS. Online Exhibition - For European Recovery: Fiftieth Anniversary of the Marshall Plan, 1998. Disponível em: <https://www.loc.gov/exhibits/marshall/marsh-exhibition.html>. Acesso em: 23 dez 2024.

MALAX-ECHEVARRIA, Asier Hernando. Cierre de USAID: preparémonos con urgencia para un mundo más tenebroso. **El País**, 11 de febrero 2025. Disponível em

<https://elpais.com/planeta-futuro/2025-02-11/cierre-de-usaid-preparemonos-con-urgencia-par-a-un-mundo-mas-tenebroso.html>, Acesso em 12/01/2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Covid-19 no Brasil, 2024. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. Acesso em: 23 dez 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal da Transparência, 2024. Disponível em: <https://portaldatransparencia.gov.br/orgaos-superiores/36000?ano=2024>. Acesso em: 23 dez 2024.

MORGENTHAU, Hans. Preface to a Political Theory of Foreign Aid. In: Robert A. Goldwin, **Why Foreign Aid?** Chicago: Rand McNally & Company, 1963.

NOMURA, S; SAKAMOTO, H; ISHIZUKA, A; SHIMIZU, K; SHIBUYA, K. Tracking sectoral allocation of official development assistance: a comparative study of the 29 Development Assistance Committee countries, 2011–2018. **Global Health Action**, v. 14, n. 1, Abr. 2021.

NOMURA, S; SAKAMOTO, H; ISHIZUKA, A; SHIBUYA, K. Tracking Development Assistance for Health: A Comparative Study of the 29 Development Assistance Committee Countries, 2011–2019. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 16, p. 8519, Ago. 2021.

NOMURA, S. *et al.* Insights from the COVID-19 pandemic: trends in development assistance committee countries' aid allocation, 2011–2021, **Global Health Action**, v. 16, n. 1, Set. 2023

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Convention on the Organisation for Economic Co-operation and Development, 1960. Disponível em: <https://www.oecd.org/en/about/legal/text-of-the-convention-on-the-organisation-for-economic-co-operation-and-development.html>. Acesso em: 12 jan 2025

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. *The Marshall Plan: Lessons learned for the 21st century*. Paris: OECD Publishing, 2008. Disponível em: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2008/09/the-marshall-plan_g1gh8e35/9789264044258-en.pdf. Acesso em: 12 jan. 2025.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. The Modernization of Official Development Assistance (ODA), 2023. Disponível em: <https://web-archive.oecd.org/temp/2023-11-13/395130-modernisation-dac-statistical-system.htm>. Acesso em: 23 dez 2024

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. DAC Glossary of Key Terms and Concepts, 2024. Disponível em: <https://web-archive.oecd.org/temp/2024-02-22/66749-dac-glossary.htm>. Acesso em: 23 dez 2024

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Data Explorer: CRS: Creditor Reporting System (flows) [cloud replica]. Disponível em: [https://data-explorer.oecd.org/vis?fs\[0\]=Topic%2C1%7CDevelopment%23DEV%23%7COfficial%20Development%20Assistance%20%28ODA%29%23DEV_ODA%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=19&df\[ds\]=dsDisseminateFinalCloud&df\[id\]=DSD_CRS%40DF_CRS&df\[ag\]=OECD.DCD.FSD&df\[vs\]=1.1&dq=DAC..1000.100. T. T.D.O. T.&to\[TIME_PERIOD\]=false&lo=5&lom=LASTNPERIODS](https://data-explorer.oecd.org/vis?fs[0]=Topic%2C1%7CDevelopment%23DEV%23%7COfficial%20Development%20Assistance%20%28ODA%29%23DEV_ODA%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=19&df[ds]=dsDisseminateFinalCloud&df[id]=DSD_CRS%40DF_CRS&df[ag]=OECD.DCD.FSD&df[vs]=1.1&dq=DAC..1000.100. T. T.D.O. T.&to[TIME_PERIOD]=false&lo=5&lom=LASTNPERIODS). Acesso em: 23 dez 2024.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. DAC5: Aid (ODA) by sector and provider. Disponível em: [https://data-explorer.oecd.org/vis?df\[ds\]=DisseminateFinalDMZ&df\[id\]=DSD_DAC1%40DF_DAC5&df\[ag\]=OECD.DCD.FSD&dq=9PRIV0%2BALLD%2BALLM.528....Q.120&pd=1971%2C2022&to\[TIME_PERIOD\]=false&vw=tb](https://data-explorer.oecd.org/vis?df[ds]=DisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_DAC1%40DF_DAC5&df[ag]=OECD.DCD.FSD&dq=9PRIV0%2BALLD%2BALLM.528....Q.120&pd=1971%2C2022&to[TIME_PERIOD]=false&vw=tb). Acesso em: 16 jan 2025

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Development Finance Classifications. Disponível em: <https://development-finance-codelists.oecd.org/Codeslist.aspx>. Acesso em: 28 jan 2025.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Organization for European Economic Co-operation. Disponível em: <https://www.oecd.org/en/about/history/the-organisation-for-european-economic-co-operation-oeec.html>. Acesso em 3 jan 2025.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Our History. Disponível em: <https://www.oecd.org/en/about/history.html>. Acesso em: 3 jan 2025.

PINELLI, N. PNI 50 anos: entenda por que o programa brasileiro de vacinação é referência internacional em saúde pública. **Portal Butantan**, Set. 2023. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/pni-50-anos-entenda-por-que-o-programa-brasileiro-de-vacinacao-e-referencia-internacional-em-saude-publica>. Acesso em: 29 jan 2025

PORTAL BUTANTAN. CoronaVac, vacina do Butantan e da Sinovac, já é usada em mais de 40 países, Set 2021. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/coronavac-vacina-do-butantan-e-da-sinovac-ja-e-usada-em-mais-de-40-paises>. Acesso em: 29 jan 2025

UNITED NATIONS. UN COVID-19 Response & Recovery Fund, 2023. Disponível em: <https://mptf.undp.org/fund/cov00>. Acesso: 23 dez 2024.

SCHIEBER, G; FLEISHER, L; GOTTRET, P. Getting Real on Health Financing. **Finance and Development**, vol. 43, n. 4, Dez. 2006

SISTEMA INTEGRADO DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO. Painel do Orçamento Federal. Disponível em: https://www1.siof.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opensdoc.htm?document=IAS%2FExecucao_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqlk04 & anonymous=true&sheet=SH06. Acesso em: 16 jan 2025.

SHROFF, Z. C; SPARKES, S; SKARPHENDINSDOTTIR, M; HANSON, K. Rethinking external assistance for health. **Health Policy and Planning**, v. 37, n. 7, pp. 932-934, Ago. 2022

SPARKES, S; SHROFF, Z. C; HANSON, K. Still rethinking external assistance for health. **Health Policy and Planning**, v. 39, n. 1, pp. 1-3, Jan 2024

UC SANTA BARBARA. Inaugural Address - The American Presidency Project. Harry S. Truman, The 33rd President of the United States: 1945-1953. Disponível em <https://www.presidency.ucsb.edu/documents/inaugural-address-4>. Acesso em: 23 dez 2024.

UNESCO. United Nations. Extended Program of Technical Assistance, 2013. Disponível em: https://atom.archives.unesco.org/united-nations-extended-programme-of-technical-assistance?sf_culture=en. Acesso em 23 dez 2024

WAKABAYASHI, M. *et al.* How did COVID-19 impact development assistance for health? – The trend for country-specific disbursement between 2015 and 2020. **Global Health and Medicine**, v. 6, n. 5, pp. 328-335, Dez. 2023

WALL, I. The Marshall Plan and French Politics. In: Schain, M. (eds) The Marshall Plan: Fifty Years After. Palgrave Macmillan, 1 ed., Nova Iorque, 2001.p 167-183

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Covid-19 Strategic Preparedness Response Plan (SPRP 2021), 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WHE-2021.02>. Acesso: 23 dez 2024

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 14.9 million excess deaths associated with the COVID-19 pandemic in 2020 and 2021, Maio 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/05-05-2022-14.9-million-excess-deaths-were-associated-with-the-covid-19-pandemic-in-2020-and-2021>. Acesso em: 01 fev 2025.