

Diplomacia brasileira na área da saúde no governo lula (2003-2010) e a cooperação sul-sul

Avance de investigación en curso

Globalización, integración regional y subregional

Autora: Janiffer Tammy Gusso Zarpelon¹

Resumo

O presente artigo busca analisar o processo da construção da diplomacia brasileira na área da saúde e sua capacidade de influência no ambiente internacional, tendo como foco de análise o governo Lula (2003-2010). O foco no governo Lula se deu, pois é neste período que a cooperação Sul-Sul (CSS) assume um caráter estratégico na política externa brasileira. Constatou-se que a diplomacia da saúde brasileira é configurada por dois campos: o campo dos técnicos da saúde e o campo da política. Deste modo, busca-se verificar esse encontro ou confronto na construção da diplomacia brasileira no contexto da cooperação internacional em saúde durante o governo Lula.

Palavras-chave: Diplomacia da saúde; Cooperação Sul-Sul; governo Lula

Introdução

O conceito da diplomacia da saúde (Kickbusch et al., 2007; Buss, 2008) emergiu para tratar dos fatores da saúde que transcendem as fronteiras nacionais e expõe os países às influências globais. Esta noção também possibilita uma coordenação melhor e mais coesa entre os setores de saúde e relações exteriores dos governos, não apenas nutrindo a aceitação dos objetivos vinculados à saúde contidos nas Metas de Desenvolvimento do Milênio, como também assegurando a incorporação das mesmas nas plataformas de saúde e desenvolvimento dos países.

O Brasil tem se destacado na diplomacia da saúde no contexto da cooperação Sul-Sul, que se tem denominado “cooperação estruturante em saúde”. A concepção de “cooperação estruturante em saúde” baseia-se fundamentalmente na abordagem da “construção de capacidades para o desenvolvimento”². Conforme Almeida et. al. (2010, p. 28), “o propósito é ir além das formas tradicionais de ajuda externa e redefinir a cooperação brasileira em saúde como ‘estruturante’, isto é, centrada no fortalecimento institucional dos sistemas de saúde dos países parceiros, combinando intervenções concretas com a construção de capacidades locais e a geração de conhecimento, e ainda promovendo o diálogo entre atores³, de forma a possibilitar que eles assumam o protagonismo na liderança dos processos no setor saúde e promovam a formulação autônoma de uma agenda para o desenvolvimento futuro na saúde”.

O presente artigo busca analisar o processo da construção da diplomacia brasileira na área da saúde e sua capacidade de influência no ambiente internacional, tendo como foco de análise o governo

¹Doutoranda em Sociologia Política pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora do curso de Relações Internacionais da UNICURITIBA e da UNINTER.

² A “construção de capacidades para o desenvolvimento” é definida como “o processo pelo qual indivíduos, organizações, instituições e sociedades desenvolvem habilidades (individualmente ou coletivamente) para desempenhar funções, solucionar problemas, estabelecer e alcançar objetivos” (UNDP, 1997, p. 2).

³ Os atores podem ser os Estados nacionais, as Organizações Internacionais, os órgãos governamentais e as instituições técnicas da saúde.

Lula (2003-2010), pois é neste período que a cooperação Sul-Sul (CSS) assume um caráter estratégico na política externa brasileira. (ABC, 2006).

1. Cooperação sul-sul: cooperação técnica internacional brasileira na área da saúde

De forma geral a Cooperação Sul-Sul (CSS), pode ser entendida como uma cooperação horizontal realizada entre os países do Sul (em desenvolvimento), no qual buscam benefícios mútuos entre os mesmos. Uma das definições mais usadas para conceituar a cooperação Sul-Sul é a da unidade especial das Nações Unidas para a Cooperação Sul-Sul (UN-SUSSC)⁴, no qual:

The Sul-Sul cooperation is a broad framework for collaboration among countries of the South in the political, economic, social, cultural, environmental and technical domains. Involving two or more developing countries, it can take place on a bilateral, regional, subregional or interregional basis. Developing countries share knowledge, skills, expertise and resources to meet their development goals through concerted efforts. Recent developments in South-South cooperation have taken the form of increased volume of South-South trade, South-South flows of foreign direct investment, movements towards regional integration, technology transfers, sharing of solutions and experts, and other forms of exchanges.

O marco da cooperação Sul-Sul foi a Conferência de Bandung em 1955, que reuniu 29 países africanos e asiáticos⁵, representando cerca de dois terços da população mundial. Os países defendiam agenda própria, diversa da imposta pela ordem bipolar do sistema Guerra-Fria. Foi a primeira vez que, em um grande encontro de cúpula reunindo Estados, não houve a participação dos Estados europeus, dos EUA e da URSS. (Leite, 2011).

Seis anos mais tarde foi criado o “Movimento dos Países Não Alinhados”⁶. Esse movimento com 23 países afro-asiáticos, um latino-americano (Cuba) e um europeu, a antiga Iugoslávia; e três países observadores latino-americanos (Bolívia, Brasil e Equador). Em 1978, foi realizada uma nova iniciativa a fim de reforçar a cooperação entre os países do sul, o Plano de Ação de Buenos Aires, conferência realizada na capital argentina, reunindo 138 países. (Leite, 2011). O Plano de Ação apresentava recomendações para a implantação de um programa de Cooperação Técnica entre os Países em Desenvolvimento (TCDC), ou seja, uma “cooperação horizontal” baseado no compartilhamento de informações e perícia técnica entre países em desenvolvimento em áreas como saúde, educação e agricultura. Com o objetivo de auxiliar no planejamento das ações do Plano de Ação de Buenos Aires, foi criado em 1974 a Unidade Especial para Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD) do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Essa unidade em 2003 passa a se chamar Unidade Especial para a cooperação Sul-Sul do PNUD, ampliando sua atuação de modo a incluir a colaboração entre países em desenvolvimento no âmbito econômico e político.⁷

Assim, a cooperação Sul-Sul iniciou-se devido a desigualdade e dependência nas relações políticas, econômicas e militares dos países do hemisfério sul que buscaram o fortalecimento dos seus

⁴ Disponível em: http://ssc.undp.org/content/ssc/about/what_is_ssc.html. Acesso em: Mar./2013.

⁵ Afeganistão, Arábia Saudita, Mianmar, Camboja, Ceilão (futuro Sri Lanka), China, Costa do Ouro (futura Gana), Egito, Etiópia, Filipinas, Índia, Indonésia, Iraque, Irã, Japão, Jordânia, Laos, Líbano, Libéria, Líbia, Nepal, Paquistão, Síria, Sudão, Tailândia, Turquia, Vietnã do Norte, Vietnã do Sul e Iêmen.

⁶ Associação livre de países durante a Guerra Fria no qual não se alinhavam em nenhum dos blocos ideológicos: o capitalismo e o comunismo. O Brasil, durante a Guerra Fria, apesar de ter relações próximas com esses países, não fazia parte dos “países não-alinhados”.

⁷ Special Unit for South South Cooperation. United Nations Development Program. Disponível em: http://ssc.undp.org/faq/#irfaq_1_b658b. Acesso em: Mar./2013.

interesses através dessa cooperação internacional. Com o final da Guerra Fria nos anos 90, acreditava-se que o sistema internacional seria caracterizado por um maior multilateralismo nas relações internacionais. No entanto, com as ideias neoliberais, por meio do Consenso de Washington em 1991, impostas pelos países do Norte (desenvolvidos) aos países do Sul (em desenvolvimento), fizeram com que o otimismo lançado com a era da globalização caísse por terra.

A Cooperação Sul-Sul retorna com novo fôlego no início dos anos de 2000, sendo um movimento relevante nos foros multilaterais. As reivindicações mais significativas foi a quebra de patentes (os Trips⁸) dos medicamentos antiretrovirais no âmbito da OMC, em 2005 - liderada pelo Brasil-, e a busca pela abertura comercial dos países desenvolvidos para os produtos agrícolas dos países em desenvolvimento formando o G-20. Outro aspecto relevante da CSS são as coalizões políticas como o Fórum de Diálogo que reúne as potências emergentes Índia, Brasil e África do Sul (IBAS).

Segundo Soares de Lima (2005, p. 24-25), a África do Sul, o Brasil e a Índia são potências regionais, no qual possuem duas identidades internacionais: as de *system-affecting*, termo desenvolvido por Keohane (1969), onde países que dispõem de recursos e capacidades limitadas valorizam as arenas multilaterais e a ação coletiva entre países parecidos a fim de buscar poder e influenciar nos resultados internacionais; e a outra é de “grande mercado emergente” representando que o país possui alta taxa de crescimento econômico contribuindo por melhores relações econômicas no exterior.

Foi no governo Lula (2003-2010) que a política externa brasileira direcionou-se com maior ênfase na CSS com o intuito de buscar ganhos mais recíprocos nas cooperações internacionais. Vigevani & Cepaluni (2007) denominam a política externa do governo Lula de uma “autonomia pela diversificação”. Segundo os autores, diferentemente do governo Cardoso – que adotara a ideia da “autonomia pela participação”, onde tinha como base a busca de uma relação de “amizade” com os Estados Unidos – e da “autonomia pela distância” dos últimos presidentes militares, o governo Lula da Silva procurou inserir o Brasil no cenário mundial acentuando formas autônomas, diversificando os parceiros e as opções estratégicas.

Assim, a “autonomia pela diversificação” teria (e tem) como principal característica a ênfase na cooperação Sul-Sul, percebida como instrumento para diminuir a vulnerabilidade do país diante das grandes economias. Nas palavras dos autores:

Definimos sinteticamente (...) autonomia pela diversificação como a adesão do país aos princípios e às normas internacionais por meio de alianças Sul-Sul, inclusive regionais, e de acordos com parceiros não tradicionais (China, Ásia-Pacífico, África, Europa Oriental, Oriente Médio etc.), pois acredita-se que eles reduzem as assimetrias nas relações externas com países mais poderosos e aumentam a capacidade negociadora nacional. (Vigevani & Cepaluni, 2007, p. 283).

Apesar das diferenças das atuações da diplomacia presidencial entre FHC e Lula, verifica-se que a política externa brasileira foi caracterizada por certa constância, principalmente no contexto da saúde, que conforme Mello e Souza (2012, p. 207) “cumpre notar a relativa coesão entre o Itamaraty e o Ministério da Saúde no que diz respeito à política externa brasileira ante a Aids, a liderança do Ministério da Saúde nessa política e sua continuidade entre os governos de Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva. Iniciadas no governo de FHC, as ações relativas às patentes e a à saúde pública de coadunavam bem com a política externa de Lula, independente dos Estados Unidos e voltada para o mundo em desenvolvimento”.

Desta forma, a CSS assume um caráter estratégico na política externa brasileira no governo Lula (ABC, 2006), no entanto, o tema ingressa formalmente no país em 1987, com a criação, no Ministério das Relações Exteriores, da Agência Brasileira de Cooperação (ABC) e de uma

⁸ Sigla em inglês que representa os Acordos sobre os Direitos de Propriedade Intelectual da OMC.

Coordenação Geral de Cooperação entre Países em Desenvolvimento (CGPD), com o objetivo de coordenar, negociar, aprovar, acompanhar e avaliar a cooperação para o desenvolvimento, recebida de outros países e organismos internacionais e aquela entre o Brasil e países em desenvolvimento. (MRE, 2008).

A saúde é reconhecida como tema predominante na agenda brasileira para a CSS. Os principais projetos nessa área são na África e na América do Sul, direcionados para o treinamento de recursos humanos e a construção de capacidades em pesquisa, ensino ou serviços e para o fortalecimento ou criação das “instituições estruturantes” do sistema de saúde, tais como ministérios da saúde, escolas de saúde pública, institutos nacionais de saúde, universidades ou cursos técnicos (medicina, odontologia, enfermagem etc.), escolas politécnicas em saúde, institutos de desenvolvimento tecnológico e de produção de insumos, incluindo fábricas de medicamentos. (Almeida et. al., 2010).

A cooperação brasileira em saúde com a África prioriza a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP)⁹, embora existam projetos de cooperação e negociação em andamento com outros países africanos (Quadro1). Vários acordos foram assinados nos quais são tratados assuntos como HIV/Aids, malária, uso de drogas ilícitas, vistos médicos temporários, sendo o mais recente o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde para 2009-2013. Já a cooperação em saúde do Brasil com a América do Sul tem sido orientada pela prioridade da política externa com a União de Nações Sul-Americanas (Unasul), sendo criado em 2008 o Conselho Sul-Americano de Saúde (Unasul Saúde), composto pelos ministros de saúde dos 12 países-membros e uma estrutura executiva.

Quadro 1 – Projetos de saúde, em cooperação com a África, realizados pela Fiocruz, 2009.

⁹ A comunidade de países que têm o português como língua oficial foi criada em 1996, em Lisboa, Portugal, pelos chefes de Estado de Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal e São Tomé e Príncipe. Após sua independência, em 2002, o Timor Leste tornou-se o oitavo membro da comunidade.

Fonte:
Dados do
Centro de
Relações

PAÍSES	EM ANDAMENTO	EM NEGOCIAÇÃO	EM ESTÁGIO EXPLORATÓRIO
Moçambique (CPLP)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Implantação de companhia farmacêutica pública, em Moçambique, com a finalidade de produzir antiretrovirais e outros medicamentos. 2) Fortalecimento do Instituto Nacional de Saúde. 3) Programa de Mestrado em Ciências de Saúde. 4) Criação de Escola Politécnica de Saúde. 5) Capacitação técnica em manutenção de equipamentos. 5) Criação do Instituto Nacional para a Mulher e a Criança. 6) Capacitação em serviços em saúde maternal e infantil. 7) Implementação do Plano de Cooperação Estratégica em Saúde (PECS). 8) Fortalecimento do Instituto Nacional de Saúde (colaboração com IANPHI) 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Apoio à reestruturação da empresa FARMAC e introdução do programa "Farmácia Popular". 2) Apoio ao ensino à distância. 3) Capacitação em monitoramento e avaliação de programas e serviços (parte do acordo trilateral para combate à AIDS entre Brasil/EUA/Moçambique). 4) Capacitação em monitoramento e avaliação de serviços (parte do acordo trilateral para combate à AIDS entre Brasil/EUA/Moçambique). 	
Angola (CPLP)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Programa de Mestrado em Saúde Pública. 2) Implementação do Plano de Cooperação Estratégica em Saúde (PECS). 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Apoio para a criação de Escola Nacional de Saúde Pública. 2) Apoio ao Programa de Gestão Hospitalar (colaboração com a JICA) 	
Cabo Verde (CPLP)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Criação de Escola Técnica de Saúde. 2) Apoio ao fortalecimento da recém criada Universidade para formação de profissionais de saúde. 3) Implementação do Plano de Cooperação Estratégica em Saúde (PECS). 4) Apoio à participação na Rede de Escolas Técnicas em Saúde. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Apoio à criação do Instituto Nacional de Saúde (colaboração com IANPHI). 2) Criação do Programa de Doutorado em Saúde Pública. 	
Guiné Bissau (CPLP)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Criação de Escola Técnica de Saúde. 2) Elaboração e Implementação do Plano de Cooperação Estratégica em Saúde (PECS). 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Apoio à criação do Instituto Nacional de Saúde (colaboração com IANPHI). 2) Apoio ao fortalecimento do sistema de saúde. 	
Timor Leste (CPLP)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Implementação do Plano de Cooperação Estratégica em Saúde (PECS). 		<ol style="list-style-type: none"> 1) Apoio à reestruturação e fortalecimento do sistema de saúde.
São Tomé e Príncipe (CPLP)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Implementação do Plano de Cooperação Estratégica em Saúde (PECS). 		<ol style="list-style-type: none"> 1) Assessoria e apoio técnico ao desenvolvimento do sistema de saúde (serviços, organizações e programas de saúde)
Nigéria			<ol style="list-style-type: none"> 1) Apoio ao fortalecimento da produção de medicamentos essenciais.
Burkina Faso			<ol style="list-style-type: none"> 1) Assessoria e apoio técnico ao desenvolvimento do sistema de saúde (serviços, organizações e programas de saúde)
Malí			<ol style="list-style-type: none"> 1) Assessoria e apoio técnico ao desenvolvimento do sistema de saúde (serviços, organizações e programas de saúde)
Tanzânia			<ol style="list-style-type: none"> 1) Assessoria e apoio ao fortalecimento da produção de medicamentos essenciais.

Internacionais da Fiocruz (CRIS/Fiocruz, dezembro 2009).

Devido ao caráter técnico da saúde e o aumento da cooperação técnica internacional brasileira, tem se verificado uma descentralização ou horizontalização¹⁰ da política externa do Brasil. Esse termo significa a participação de diferentes órgãos técnicos governamentais, cooperando com o Itamaraty em suas áreas específicas de conhecimento e atuação na execução da política externa brasileira.

¹⁰ Termo desenvolvido por Cássio Franá e Michelle Ratton Sanches, em: A horizontalização da política externa brasileira. Valor Econômico de 25 de abril de 2009. No entanto, não há um conceito utilizado para esse processo no campo acadêmico.

A horizontalização da PEB não é recente. Conforme Lima (2012) esse processo vem ocorrendo, pelo menos, desde meados da década de 1950, quando as Forças Armadas brasileiras se engajaram em uma das primeiras operações de paz da ONU, no Egito durante a crise de Suez. No entanto, nessa época e nas décadas subsequentes, a participação de órgãos do governo diferentes do Itamaraty na política externa era muito mais tímida do que é contemporaneamente. Foi durante o governo Lula, que a horizontalização ou descentralização da PEB se intensificou.

O ativismo do presidente Lula na Cooperação Sul-Sul foi acompanhado por um processo mais amplo de internacionalização de ministérios, de governos subnacionais e de atores não governamentais, que passaram a buscar se qualificar para participar da provisão da cooperação para o desenvolvimento não mais como atores autônomos ou coadjuvantes ao Ministério das Relações Exteriores – convidados a participar apenas no desenho e implementação das iniciativas -, mas tentando também se colocar como entes centrais na própria definição das prioridades da política externa brasileira (Leite, 2012, p.33).

Como já mencionado acima, essa descentralização tem sido observada no contexto da diplomacia brasileira na área da saúde, no qual não tem sido feita apenas pelo presidente da república e/ou pelo Ministério das Relações Exteriores, mas também pelo Ministério da Saúde junto com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)¹¹. A Fiocruz, desde o início da sua criação, foi um órgão de relevância para o Brasil, principalmente quanto ao desenvolvimento de pesquisas científicas e tecnológicas na área da saúde. A instituição ganha repercussão internacional com os avanços no controle da febre amarela e da doença de chagas. Segundo Santana (2012), a Fundação Oswaldo Cruz têm significativa experiência internacional em saúde, inclusive compartilhando ações com a OPAS há mais de cem anos e com a OMS desde a sua criação em meados do século passado.

No entanto, essa atuação explícita do Ministério da Saúde por intermédio de órgãos vinculados, especialmente a Fiocruz, no desenvolvimento de projetos de cooperação internacional é recente. A trajetória dessa orientação é iniciada com a assinatura do Protocolo de Intenções entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde, assinado em julho de 2005, que “tem por objetivo aperfeiçoar a coordenação entre o MRE e o MS em matéria de cooperação técnica prestada a países em desenvolvimento, na área de saúde”.¹²

Em 2006, fora assinado um acordo, o Termo de Cooperação N° 41 (TC 41)¹³, entre a OPAS/OMS e o Governo brasileiro, por intermédio do Ministério da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz. O objetivo desse acordo, cuja vigência se estende a dezembro de 2015, é intensificar o intercâmbio de experiências, conhecimentos e tecnologias entre instituições de saúde brasileiras e dos países integrantes da OPAS/OMS, com prioridade para a África lusófona e América Latina. Esse acordo tem possibilitado assim a atuação de instituições nacionais referência no contexto da cooperação internacional na área da saúde.

Isso se reafirma, entre outros exemplos, na criação do Escritório Regional de Representação da Fiocruz, inaugurado na África em outubro de 2008, em Maputo, Moçambique, com a presença do Presidente Lula e dos ministros da saúde de ambos os países, reiterando a missão internacional da instituição e o compromisso governamental. Outro exemplo dessa atuação está no Acordo da Região Amazônica sobre Pesquisa em Saúde, que deu origem à Rede Pan-Amazônica de Pesquisa em Saúde, sendo uma articulação entre instituições científicas dos países da Amazônica (Bolívia, Brasil,

¹¹ Instituição de ciência e tecnologia em saúde, de nível federal vinculada ao Ministério da Saúde, criada em 1900.

¹² Brasil. Ministério das Relações Exteriores; Ministério da Saúde. Protocolo de Intenções entre o Ministério das Relações Exteriores e Ministério da Saúde. Brasília: 25 jul. 2005.

¹³ Brasil. Ministério da Saúde. Extrato do 41º Termo de Cooperação e Assistência Técnica ao ajuste complementar. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 10 jan. 2006; Seção 3.

Colômbia, Equador, Guiana, Peru, Suriname e Venezuela) – a Fiocruz entre elas -, com o objetivo de resolver os problemas na área de saúde específicos dessa região. (Almeida et al., 2010).

A Fiocruz (2009) avalia a consolidação de sua atuação internacional nos seguintes termos:

Alinhado com o moderno conceito de “Saúde e Diplomacia”, o Ministério da Saúde fortaleceu suas atividades de cooperação internacional, em estreita articulação com as diretrizes políticas do Ministério das Relações Exteriores. Neste contexto, a Fiocruz constitui-se como o principal executor da política setorial de cooperação internacional, com prioridade para os países da América Latina, da África e da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP).¹⁴

2. Diplomacia brasileira na área da saúde

Diplomacia significa a arte e a prática de conduzir as relações exteriores ou os negócios estrangeiros de um determinado Estado ou Organização Internacional. Assim, a diplomacia é considerada instrumento da política externa de um determinado Estado. Política externa, por sua vez, segundo Oliveira (2005), é a projeção dos interesses e os dos objetivos de um Estado no âmbito internacional, no qual sua definição e implementação é prerrogativa do Estado.

A fim de analisar o processo da construção da diplomacia brasileira na área da saúde, verifica-se a importância de analisar a mesma de forma horizontal, ou seja, não apenas através das ações políticas do chefe de governo, mas também por um conjunto de atores que operam no Poder Executivo, como os Ministérios e agências reguladoras. O primeiro a analisar a política externa dessa forma foi Robert Putnam, em 1988, teorizado como o modelo dos “Jogos de Dois Níveis (JDN)”, ou seja, a interação entre o nível internacional (nível I) e o nível doméstico (nível II).

No nível doméstico, grupos domésticos perseguem seus interesses e pressionam o governo na medida em que os dirigentes políticos buscam poder construindo coalizões com esses grupos. No nível internacional, governos nacionais procuram maximizar sua habilidade em satisfazer as pressões domésticas, enquanto minimizam possíveis conseqüências adversas.

Enquanto a visão tradicional entende que o nível doméstico do Estado tem pouca relevância no posicionamento do país em uma negociação internacional, o modelo do JDN sugere que a existência de clivagens internas, sob certas condições, fortalece o posicionamento do negociador internacional. Em outras palavras, o modelo mostra como a configuração da política doméstica serve como restrição do negociador e fonte potencial de vantagens para este nas negociações internacionais (Putnam, 1988).

Helen Milner, no seu livro *Interests, Institutions, and Information: Domestic Politics and International Relations*, discorda de Putnam ao lidar com os níveis de análise doméstico e internacional em paridade de posições para explicar incentivos e constrangimentos à cooperação. Na visão da autora, **o nível doméstico parece ser o mais importante**¹⁵, “por ser o lócus onde se geram custos distributivos em uma poliarquia de grupos sociais” (Villa e Cordeiro, 2006, p.303). Isto ocorre porque a política doméstica não se organiza em uma estrutura hierárquica, com um único ator no centro das decisões, mas sim em uma estrutura poliárquica onde atores com objetivos e preferências variadas compartilham poder durante o processo de tomada de decisão (Milner, 1997).

A interação institucional da saúde pública com a chancelaria brasileira tem história recente, a despeito da tradicional atuação de representantes do país no cenário internacional. A fim de verificar esse atraso no reconhecimento da saúde como tema relevante da política externa brasileira, Alcazar (2005) destaca três razões: especialização dessa área de conhecimento tida como monopólio dos médicos e sanitaristas, praticamente inacessível ao círculo dos profissionais da diplomacia; subordinação da saúde aos temas econômicos ou do comércio, assuntos familiares à diplomacia

¹⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Relatório de atividades: 2005-2008. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

¹⁵ Grifo meu.

tradicional, mas infensos à cultura sanitária; baixa expressão institucional da saúde pública no aparato do Estado.

Segundo Santana (2012), a inclusão da saúde na pauta da diplomacia brasileira foi atestada somente em 2007 pela Agência Brasileira de Cooperação. Conforme a ABC (2007b): “A saúde é tema predominante na agenda de cooperação técnica internacional nos âmbitos multilateral e bilateral. O Brasil, pela exitosa e dinâmica parceria desenvolvida entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde, é um dos principais difusores da cooperação técnica em saúde no mundo em desenvolvimento”.

Verifica-se que a diplomacia brasileira na área da saúde é constituída por dois campos: o campo dos representantes da saúde constituído pelo Ministério da Saúde e da Fiocruz e o campo político constituído por diplomatas e representantes políticos; caracterizando assim em dois campos de conhecimento que são relativamente autônomos e independentes, mas que se inter-relacionam um com o outro. Segundo Bourdieu (1996a) a noção de sociedade é substituída pela de campo e de espaço social. Cada campo prescreve seus valores particulares e possui seus próprios princípios regulativos. Os diversos campos, mundos sociais relativamente autônomos, exigem daqueles que nele estão envolvidos um saber prático das leis de funcionamento desses universos, isto é, um *habitus* adquirido pela socialização prévia e/ou por aquela que é praticada no próprio campo.

A topologia que descreve um estado de posições sociais permite fundar uma análise dinâmica da conservação e da transformação da estrutura de distribuição das propriedades ativas e, assim, do espaço social. É isso que acredito expressar quando descrevo o espaço social global como um campo, isto é, ao mesmo tempo, como um campo de forças, cuja necessidade se impõe aos agentes que nele se encontram envolvidos, e como um campo de lutas, no interior do qual os agentes se enfrentam, com meios e fins diferenciados conforme sua posição na estrutura do campo de forças, contribuindo assim para a conservação ou transformação da estrutura. (Bourdieu, 1996a, p.50).

Os diversos campos, mundos sociais relativamente autônomos, exigem daqueles que nele estão envolvidos um saber prático das leis de funcionamento desses universos, isto é, um *habitus* adquirido pela socialização prévia e/ou por aquela que é praticada no próprio campo. Os campos mais altamente especializados supõem e exigem um saber prático das leis tácitas do seu funcionamento; ou seja, o *habitus* é um corpo socializado, corpo estruturante, corpo que incorporou as estruturas (oriundas do trabalho histórico de gerações sucessivas) imanentes de um mundo, de um campo, e que estrutura tanto a percepção como a ação nesse mundo (Bourdieu, 1996c).

É importante destacar que os conceitos de *habitus* e de campo designam feixes de relações. Um campo é composto por um conjunto de relações históricas e objetivas ancoradas em certas formas de poder (tipos de capital), enquanto o *habitus* é composto por um conjunto de relações históricas depositadas dentro dos corpos individuais sob a forma de esquemas mentais e corporais de percepção, compreensão e ação (Wacquant, 1992).

Existem campos que possuem mais força para impor seus códigos, mais autonomia, e outros que são mais fracos. Essa ideia da autonomia dos campos sociais não é determinada pela superestrutura, ou seja, pela relação do poder econômico. Para Bourdieu a linguagem é uma das formas do campo adquirir maior ou menor autonomia. A linguagem elabora esquemas de classificação e de apreciação que visam, dentro da lógica interna do campo, a construir hierarquias e modos de percepção. (Bourdieu, 1992).

Assim, de forma bastante sucinta, o campo diplomático é contexto político, aquele que representa os interesses nacionais do Estado. Segundo Gobo (2012) o campo diplomático brasileiro é caracterizado pela forte preservação de um *habitus* cortês que remete à aristocracia brasileira do século

XIX. Conforme a autora, “ao analisar esse grupo a partir da perspectiva bourdieusiana, é possível dizer que se estabelecem laços de poder simbólico que podem ser mensurados através de seus gostos artísticos, julgamento, domínio das regras de etiqueta e que influenciam na estrutura do próprio campo, inclusive na relação com os ‘de fora’, notadamente deputados federais e senadores, inserindo características muito peculiares ao Ministério das Relações Exteriores (MRE).” (Gobo, 2012, p. 3). Já o campo da saúde é caracterizado por especialistas com conhecimento técnico onde priorizam o sucesso dos avanços médicos tecnológicos como também a melhora da saúde coletiva. Segundo Santana (2012) o campo da saúde tem como base a solidariedade, ou seja, o altruísmo da saúde pública, o bem estar do ser humano.

No caso da diplomacia brasileira, podemos dizer que a participação desses dois campos forma um novo campo, interdisciplinar, marcado por dilemas decorrentes da tensão/confronto entre os princípios do altruísmo da saúde pública e da razão de Estado (interesses diplomáticos). Segundo Almeida et al. (2010), a Fiocruz está em estreita sintonia com a política externa brasileira, reafirmando sua vocação internacional ao liderar iniciativas em cooperação Sul-Sul em saúde na América do Sul e na África. No entanto, como é um fenômeno recente, não existem estudos a fim de verificar se existe uma real sintonia da atuação da Fiocruz com o Ministério das Relações Exteriores.

3. O discurso político brasileiro no contexto da cooperação sul-sul: solidariedade ou interesse?

A cooperação técnica entre países pressupõe a sintonia das relações internacionais orientada pela solidariedade, consenso e equidade, principalmente se estes passaram por experiências sociais e históricas semelhantes. Assim, para muitos analistas, devido a familiaridade entre os atores, a CSS proporciona melhores práticas e orientações sobre o uso mais eficiente dos recursos aplicados na cooperação e instiga maiores trocas de experiências e técnicas em nível horizontal, ou seja, sem imposições e condicionalidades perpetradas pelas economias do norte. (Rowland, 2008).

Por outro lado, a cooperação internacional pode ser orientada por uma teia de interesses que resultam em condicionalidades na formulação e execução de projetos, cujos efeitos nem sempre conduzem à superação das formas tradicionais do interesse nacional de cada país. Os países na cooperação internacional podem realizar uma ajuda financeira com o objetivo futuro de obter ganhos econômicos/comerciais naquele país; defender os interesses coletivos dos países em desenvolvimento em fóruns multilaterais a fim de ter ganhos políticos; entre outras razões. Assim, a cooperação internacional, seja a tradicional (Norte-Sul) ou entre os países em desenvolvimento, pode ser muito mais complexa do que parece ser. De acordo com Rowland (2008), as origens históricas de ajuda ao desenvolvimento são semelhantes entre os doadores tradicionais e os emergentes. Os interesses se diferenciam na medida em que os países vivem em circunstâncias diversas, assim como possuem objetivos e metas distintas.

Países como o Brasil justificam os seus gastos e a sua atenção com a CSS empregando como discurso principal a solidariedade, fazendo da mesma uma prática “ideológica”. No discurso brasileiro, a solidariedade na CSS é colocada como forma de promover uma ordem internacional mais multipolar, justa, democrática, na busca pelo desenvolvimento equitativo e à não intervenção nos assuntos internos dos Estados. Conforme aponta Ayllón e Leite (2010), o Brasil por compartilhar com os países do sul um passado colonial e periférico, não cometerá os mesmos erros que os países do Norte, ou seja, o Brasil não atuará segundo interesses egoístas de curto prazo e nem deixará de respeitar a soberania dos países do sul.

Contudo, o Brasil também tem afirmado no seu discurso o interesse diplomático e político em volta da cooperação Sul-Sul, pela mesma estar sendo um ótimo meio de ampliar a presença brasileira no cenário internacional, obtendo ganhos econômicos e políticos. Segundo Vidigal (2010), apesar da diplomacia brasileira e as diretrizes de política exterior atuarem no sentido da cordialidade com relação aos temas relacionados aos direitos sociais globais, o Brasil tem utilizado desse instrumento para

angariar seu *soft power*. Conceito cunhado por Joseph Nye, traduzido como poder brando, que quer dizer o poder adquirido por sua capacidade em influenciar o comportamento de outros sem recorrer à coação, mas obtendo os desenvolvimentos desejados por meio da sedução e da cooptação.

É a habilidade de conseguir o que se quer através da atração, e não da coação e de pagamentos. Ele surge da atratividade da cultura, dos ideais políticos e das políticas de um país. Quando suas políticas são vistas como legítimas, o poder brando se eleva. (Nye, 2004, p. X)¹⁶.

Assim, o poder brando reside na capacidade de moldar as preferências dos atores, influenciando na agenda internacional. No entanto, esse poder não é apenas sinônimo de influência, mas também de capacidade de persuadir, mobilizar públicos pelo argumento e conseqüentemente atrair a aquiescência. Através do poder de atração de uma nação, diminui a necessidade de utilizar meios coercitivos para obter condutas favoráveis de seus pares e gera a cooperação com base na sintonia de interesses e ideias, orientados pelo senso de justiça de dever.

Procurando explicar os princípios e valores inerentes relacionados ao padrão de conduta da diplomacia brasileira, Cervo (1994), cunha o conceito de acumulado histórico para a mesma. Segundo o autor, a diplomacia brasileira, caracterizada por acumulado histórico, possui nove elementos: a) autodeterminação, não-intervenção e solução pacífica de controvérsias; b) juridicismo; c) multilateralismo normativo; d) ação externa cooperativa e não-confrontacionista; e) parcerias estratégicas; f) realismo e pragmatismo; g) cordialidade oficial no trato com os vizinhos; h) desenvolvimento como vetor; i) independência de inserção internacional (CERVO, 2008, p. 26-31).

Com base nas verificações de Cervo (1994), a diplomacia brasileira tem se baseado pelo pensamento de que a cooperação internacional é o melhor caminho para o desenvolvimento econômico e tecnológico do país. No entanto, o discurso político predominante do Brasil com relação a CSS, é que a mesma é realizada pelo viés da solidariedade. (MRE, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A diplomacia brasileira na área da saúde tem se utilizado da cordialidade no contexto da cooperação Sul-Sul não pela busca da equidade dos direitos humanos, mas a fim de melhorar seu poder brando (*Soft Power* – termo cunhado por Joseph Nye) e assim angariar liderança e legitimidade tanto com relação aos países periféricos como com os países desenvolvidos na busca em melhorar seu desenvolvimento econômico.

Observou-se que durante o governo Lula houve um avanço na amplitude dos projetos de cooperação técnica internacional na área da saúde, principalmente no contexto da CSS. No entanto, a falta de planejamento na elaboração e na execução dessa cooperação no governo Lula tem representado na falta de continuidade desses projetos de cooperação internacional.

Devido ao caráter técnico, o governo brasileiro tem delegado a sua diplomacia na área da saúde à Fiocruz juntamente com o Ministério da Saúde. Esse processo tem sido chamado de descentralização ou horizontalização da política externa, fator verificado principalmente no governo Lula (2003-2010). Assim, a diplomacia brasileira da saúde, constituída por dois campos – o diplomático e o dos técnicos da saúde -, forma um novo campo interdisciplinar caracterizado pela tensão entre a busca pelo bem estar do ser humano e o interesse racional do Estado soberano.

Referências bibliográficas

¹⁶ Tradução livre do original em inglês.

AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO-ABC. Cooperação bilateral com América Latina e Caribe. Via ABC Boletim eletrônico da Agência Brasileira de Cooperação (ABC/MRE), Junho, 2006. 16 p. Disponível em: <http://www.abc.gov.br/documentos/via-junho.pdf>. Acesso em: dez., 2011.

AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO-ABC. Cooperação técnica brasileira em saúde. Via ABC Boletim eletrônico da Agência Brasileira de Cooperação (ABC/MRE), Março, 2007a. 24 p. Disponível em: <http://www.abc.gov.br/documentos/viaABC-baixa.pdf>. Acesso em: dez, 2011.

AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO-ABC. Reestruturação da ABC. Brasília: Via ABC, p. 24, março 2007b.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Regulamento Sanitário Internacional – RSI 2005. Anvisa, 2009.

ALMEIDA, Celia. A experiência da Fiocruz na formação de profissionais em saúde global e diplomacia da saúde: base conceitual, estrutura curricular e primeiros resultados. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.148-164, mar., 2010.

ALMEIDA, Celia; CAMPOS, Rodrigo Pires de; BUSS, Paulo; FERREIRA, José R.; FONSECA, Luiz E. A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.25-35, mar., 2010.

ALCAZAR, S. A inserção da saúde na política exterior brasileira. In: 48º Curso de Altos Estudos do Instituto Rio Branco. Brasília: Ministério das Relações Exteriores; 2005.

APOSTOLOVA, Maria S., e INOUE, Cristina Y. A. *A Cooperação Internacional na Política Brasileira de Desenvolvimento*. São Paulo: ABONG; Rio de Janeiro: Núcleo de Animação Terra e Democracia, 1995.

AYLLÓN, Bruno; LEITE, Iara. La Cooperación Sur-Sur de Brasil: instrumento de política exterior y/o manifestación de solidaridad internacional?. *Mural Internacional*, Ano I, n.1, jan/jun.2010.

BALABAN, Daniel Silva. O Brasil e o Fundo Monetário Internacional: uma análise das várias fases de seu relacionamento sob a luz dos jogos de dois níveis. *Revista Cena Internacional*, vol. 4, nº1, 2002.

BIRN, A.E. The stages of international (global) health: Histories of success or successes of history? *Global Public Health*, v.4, n.1, p.50-68, 2009.

BOURDIEU, Pierre. Razões práticas: sobre a teoria da ação. Campinas: Papirus, 1996a.

BOURDIEU, Pierre. As regras da arte. Gênese e estrutura do campo literário. Trad. Maria Lúcia Machado. São Paulo: Cia. das Letras, 1996b.

BOURDIEU, Pierre. The state nobility: elite schools in the field of power. Stanford: Stanford University Press, 1996c.

BOURDIEU, Pierre. A Economia das Trocas Linguísticas: O Que Falar Quer Dizer. 2º ed. São Paulo: Editora USP, 1998.

- BOURDIEU, Pierre. O poder simbólico. 6º ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.
- BUSS P.M. Global health and health diplomacy. *J. Pub. Health Pol.*, v.29, p. 467–73, 2008.
- CERVO, A. L. O desafio internacional. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1994.
- CERVO, A. L. Inserção internacional: formação dos conceitos brasileiros. São Paulo: Saraiva, 2008.
- COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES. *Decentralized Cooperation. Objectives and Methods*. Bruxelles, 1992.
- DEVIN, Guillaume. Norbert Elias e a análise das Relações Internacionais. In: MILANI, Carlos R. S. (Org.). *Relações Internacionais: perspectivas francesas*. Salvador: EDUFBA, 2010.
- ELIAS, Norbert. A sociedade de corte: investigação sobre a sociologia da realeza e da aristocracia de corte. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- FIDLER, D.P. The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy. *Bull WHO*, v.79, n.9, p. 842-9, 2001.
- FRANÁ, Cássio; SANCHES, Michelle Ratton. A horizontalização da política externa brasileira. *Valor Econômico* de 25 de abril de 2009.
- GOBO, Karla. O Ministério das Relações Exteriores pelos seus atores: uma análise sobre o insulamento burocrático. Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais. Caxambu (MG), 2010. Disponível em: <http://observatory-elites.org/wp-content/uploads/2012/06/KarlaGobo.pdf> Acesso em: Abril de 2013.
- HA-JOON, C. Maus samaritanos: o mito do livre comércio e a história secreta do capitalismo. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
- HERZ, Mônica; HOFFMANN, Andrea Ribeiro. *Organizações Internacionais: história e práticas*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- HOCHAMAN, Gilberto. A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2012.
- KEOHANR, Robert. Lilliputian`s Dilemas: Small States in International Politics. In: *International Organizational*, vol. 23, nº. 2, primavera, 1969.
- KEOHANE, Robert O. *Despues de la hegemonía. Cooperación y discordia en la política económica mundial*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano, 1988. p. 301-320.
- KICKBUSCH, I.; LISTER, G. European perspective on global health: a policy glossary, Brussels: European Foundation Centre. 2006.
- KICKBUSCH, I., SILBERSCHMIDT, G.; BUSS, P. Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health, *Bull WHO*, v.85, n.3, p. 230-2, 2007.

KICKBUSCH, I.; BERGER, C. Diplomacia da Saúde Global. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.19-24, mar., 2010.

LANCASTER, Carol. Foreign Aid: Diplomacy, Development, Domestic Politics. Chicago/London: The University of Chicago Press, 2007.

LEITE, Iara. Cooperação Sul-Sul: conceito, história e marcos interpretativos. *Observador Online*, v.7, n.3, mar, 2012. (40 pp.).

LEITE, Patrícia Soares. O Brasil e a cooperação sul-sul em três momentos de política externa: os governos Jânio Quadros/João Goulart, Ernesto Geisel e Luiz Inácio Lula da Silva. Brasília: Fundação Alexandre Gusmão, 2011.

LIMA, Melina Moreira Campos. A multiplicação de atores governamentais na diplomacia brasileira: um estudo da participação de instituições públicas nacionais em projetos na África. 1º Seminário Nacional de Pós-graduação da Associação Brasileira de Relações Internacionais, 12 e 13 de Julho, Brasília, 2012.

LOPES, Luara Landulpho Alves. O Brasil no regime da cooperação internacional para o desenvolvimento: *quoi de neuf?* 3º Encontro Nacional Associação Brasileira de Relações Internacionais - ABRI. 2011. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000122011000300008&script=sci_arttext#nt2. Acesso em: Jan. de 2013.

LÖWY, Ilana. Vírus, Mosquitos e Modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

LULA DA SILVA, L. I. Discurso do Senhor Presidente da República na Sessão de Posse, no Congresso Nacional. Brasília, Brasil, 01/01/2003. Disponível em: <http://www.mre.gov.br>. Acesso em: Out. de 2009.

MELLO e SOUZA, André de. Saúde pública, patentes e atores não estatais: a política externa do Brasil ante a epidemia de Aids. In: PINHEIRO, Leticia; MILANI, Carlos R. S. (Orgs). Política externa brasileira: as práticas da política e a política das práticas. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2012.

MILNER, Helen V. Interests, Institutions, and Information: Domestic Politics and International Relations. Princeton: Princeton University Press, 1997.

MORAVCSIK, Andrew. *Introduction: Integrating International and Domestic Theories of International Bargaining*. In: EVANS, Peter B.; JACOBSON, Harold; PUTNAM, Robert. Double-edge Diplomacy: International Bargaining and Domestic Politics. Los Angeles/Berkeley, University of California Press, 1993, pp. 3-42.

MORGENTHAU, H. J. A política entre as nações: a luta pelo poder e pela paz. Brasília: Editora Universidade de Brasília; Instituto de Pesquisa em Relações Internacionais; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2003.

MRE (Ministério das Relações Exteriores). Coordenação geral de cooperação técnica entre países em desenvolvimento (CGPD). Brasília: MRE, 2008. Disponível em: www.abc.gov.br/abc/abc_ctpd.asp. Acesso em: Abril de 2013.

MRE (Ministério das Relações Exteriores). Cooperação técnica. Disponível em: <http://www.itamaraty.gov.br/temas/cooperacao-tecnica/print-nota>. Acesso em: Abril de 2013.

NYE, Joseph. *Soft Power: the means to success in world politics*. New York: BBS Public Affairs, 2004.

OLIVEIRA, Henrique Altemani de. *Política externa brasileira*. São Paulo: Saraiva, 2005.

PUTNAM, Robert. *Diplomacy and Domestic Politics*. *International Organization*. v. 42, 1988.

ROSENAU, James. *Turbulence in world politics*. Princeton: Princeton University Press, 1990.

ROSENAU, James N. Governança, ordem e transformação na política mundial. In: ROSENAU, James.N; CZEMPIEL, Ernest-Otto. (Orgs). *Governança sem Governo: ordem e transformação na política mundial*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000.

ROWLANDS, Dane. Emerging donors in International Development Assistance. *A Synthesis Report*. IDCR, jan, 2008.

RUBARTH, Ernensto Otto. *A diplomacia brasileira e os temas sociais: o caso da saúde*. Brasília: Instituto Rio Branco; Fundação Alexandre Gusmão; Centro de Estudos Estratégicos, 1999.

SÁ E SILVA, Michelle Moraes de. *South-South Cooperation: past and present conceptualization and practice*. In: Lisa Chisholm e Gita Steiner- Khamisi (Eds.). *South-South Cooperation in Education and Development*. New York: Teachers College Press, 2009.

SANTANA, J. F. N. Paranaguá de. *Cooperação Sul-Sul na área da saúde: dimensões bioéticas*. Tese. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. UNB, 2012.

SATO, Eiiti. *Cooperação internacional: uma componente essencial das relações internacionais*. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.46-57, mar., 2010.

SOARES DE LIMA, Maria Regina. *A política externa brasileira e os desafios da cooperação Sul-Sul*. *Revista Brasileira de Política Internacional*, v. 48, n. 1, 2005, p. 24-59.

UNDP-UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. *Capacity Development: Technical Advisory Paper No. 2. Management Development and Governance Division, Bureau for Policy Management, New York. 1997, 89 pp.* Disponível em: <http://mirror.undp.org/magnet/Docs/cap/Capdeven.pdf>. Acesso em: 15 mar., 2011.

VIDIGAL, Carlos. *Brasil: potência cordial? A diplomacia brasileira no início do século XXI*. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.36-45, mar., 2010.

VIGEVANI, T.; CEPALUNI, G. *A política externa de Lula da Silva: a estratégia da autonomia pela diversificação*. *Contexto Internacional*, Rio de Janeiro, vol. 29, nº 2, julho/dezembro 2007, p. 273-335.

VILLA, Rafael D.; CORDEIRO, Fábio C. Ganhos Relativos ou Política Doméstica? Os Tratados do Canal do Panamá como um Jogo de Dois Níveis. *CONTEXTO INTERNACIONAL* Rio de Janeiro, vol. 28, n. 2, julho/dezembro 2006, pp. 301-353.

WACQUANT, L. J. D. Toward a social praxeology: the structure and logic of Bourdieu's sociology. In: BOURDIEU, P.; WACQUANT, L. J. D. (Eds.). *An invitation to reflexive sociology*. Chicago: Chicago University Press, 1992. p. 1-60.