

A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL NA EFETIVAÇÃO DA SAÚDE GLOBAL: O PAPEL DO BRASIL NO COMBATE AO HIV

Maíra da Silva Fedatto¹

RESUMO

O ponto crucial das reflexões sobre a saúde internacional foi o advento da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), a partir da década de 1980, que viabilizou um novo tipo de ativismo transnacional em prol do acesso ao tratamento, e ainda influenciou a pesquisa, as práticas clínicas, as políticas públicas e o comportamento social. O vírus da imunodeficiência humana (HIV) já causou cerca de 36 milhões de mortes e provocou profundas mudanças demográficas, econômicas e sociais na maioria dos países mais afetados. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que atualmente 35 milhões de pessoas sejam soropositivas e que apenas no ano de 2013 1,5 milhão morreu. O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a fornecer atenção à saúde, integral, universal e gratuita às pessoas vivendo com HIV e Aids. Nessa área, o Brasil destaca-se no cenário internacional por sua resposta à epidemia. O programa nacional é reconhecido pelas Nações Unidas como o melhor do mundo em desenvolvimento e vem servindo de modelo tanto para outros países em desenvolvimento para a política global de HIV/Aids, adotada pela OMS desde 2003. Com efeito, o Brasil vem assumindo um papel ativo no cenário global, exemplificado pela sua constante participação em organismos multilaterais da saúde como a OMS e a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), a “diplomacia em saúde” brasileira busca consolidar sua influência na efetivação da saúde global e, para tanto, a cooperação internacional possui crescente relevância para o país. A proposta analisa, portanto, o cenário da saúde global aliado às cruciais necessidades sociais e de saúde dos países em desenvolvimento e, assim, vislumbra uma área na qual o Brasil pode perseguir uma liderança, pois é exatamente no campo da saúde que se encontram bem-sucedidos programas de cooperação Sul-Sul do país.

Palavras-chave: política externa; cooperação internacional; saúde.

INTERNATIONAL COOPERATION ON GLOBAL HEALTH: THE ROLE OF BRAZIL AGAINST HIV

ABSTRACT

The key point of the reflections on international health has been the advent of the Aids epidemic from the 1980s. Since then, a new kind of activism for access to treatment was possible and the disease also influenced the research, clinical practice, public policies and social behavior. According to the World Health Organization (WHO), the HIV virus has caused about 36 million deaths and also deep demographic, economic and social changes in most of the affected countries. Brazil was the first developing country to provide comprehensive, universal and free health insurance to people living with HIV and Aids, in this regard, the country has been outstanding in the international arena for its response to the epidemic. Indeed, facing the active role that Brazil increasingly takes on the global scene in this endeavor, exemplified by its constant participation in multilateral organizations of health as the WHO and the Pan American Health Organization (Paho), its concept of “health diplomacy” seeks to consolidate the Brazilian influence in the global debate about health. Therefore, international cooperation has an increasing relevance to the country in order to reach this goal. Thus, this article analyzes the scenario of global health related to essential social and health needs of developing countries and consequently perceives an area in which Brazil can pursue a leadership since it is exactly in the health field that lies the most successful South-South cooperation programs in the country.

Keywords: foreign policy; international cooperation; health.

JEL: F35; F59.

1. Mestre em relações internacionais pela Universidade de Brasília (UnB) e doutoranda em relações internacionais na Universidade de São Paulo (USP).

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, o campo da Saúde foi delimitado por uma abordagem positivista na qual as doenças, apesar de consideradas uma ameaça à ordem e à estrutura social, eram focadas nas experiências individuais, em diagnósticos médicos e no bem-estar fisiológico. Houve, na década de 1960, experiências como a Medicina Comunitária nos Estados Unidos e uma tentativa de interdisciplinaridade na Europa, que apontavam para uma perspectiva de articulação entre as disciplinas sociais e biomédicas. Contudo, apenas a partir da década de 1980 – intensamente influenciada pela atuação de movimentos sociais – que se consagrou um conceito mais ampliado de saúde.² Iniciavam estudos que apontavam a produção social das doenças, nos quais o adoecer era compreendido também por meio de condicionantes econômicos, históricos e sociais. Assim, novas abordagens para a produção do conhecimento e para a intervenção prática foram demandadas.

Com efeito, ponto crucial para uma evolução das reflexões sobre a saúde no campo das Relações Internacionais foi o advento da epidemia de HIV/Aids, a partir da década de 1980, que viabilizou um novo tipo de ativismo transnacional em prol do acesso ao tratamento e, ainda, influenciou a pesquisa, as práticas clínicas, as políticas públicas e o comportamento social (Brandt, 2013). Nesse sentido, a epidemia de Aids constitui um desafio sem precedentes para a saúde global. Portanto, ao analisar os mais de trinta anos da epidemia mundial de Aids devemos não somente refletir sobre metodologias de prevenção e tratamento, mas principalmente sobre a importância de esforços conjuntos para enfrentar uma questão tão complexa e que afeta todos os países, sendo a primeira causa de mortes na África (WHO, 2012).

O HIV já causou cerca de 36 milhões de mortes e provocou profundas mudanças demográficas, econômicas e sociais na maioria dos países mais afetados. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima³ que atualmente 35 milhões de pessoas sejam soropositivas e que, apenas no ano de 2013, 2,1 milhões de pessoas foram infectadas pelo vírus e 1,5 milhão morreram. Contudo, a extensão e o impacto da Aids não foram suficientes para esclarecer a importância que a epidemia tem ocupado na agenda internacional, pois existem doenças que apresentam letalidade similar e/ou superior – a saber: hepatite C, malária, tuberculose e doenças negligenciadas como a doença de chagas e a doença do sono.

Assim, podemos afirmar que a gravidade epidemiológica não é por si só capaz de mobilizar a comunidade internacional. O fato de a Aids ter afetado além dos países pobres da África, do sul da Ásia e das periferias da América Latina, também os países ricos da América do Norte e da Europa ocidental, ajuda a explicar seu peso político.

Entretanto, faz-se imperativo observar que os países de renda baixa e média possuem limitações críticas de governança, além de baixa capacidade de formular e implementar políticas públicas de saúde que sejam eficazes para suas populações. Além dos precários sistemas de saúde, que não possuem recursos tecnológicos básicos para oferecer assistência à saúde, os profissionais da área, não obstante serem escassos, pouco capacitados e remunerados, migram para os países em desenvolvimento.

2. Destaca-se que o presente artigo adota a definição de saúde presente na constituição da OMS, que a considera um “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consistindo somente da ausência de doenças ou enfermidades”. (OMS, 2012).

3. Disponível em: <<http://goo.gl/ezmHS9>>.

Diante desse cenário, os países mais pobres acabam extremamente dependentes da ajuda internacional, determinante para o desenvolvimento e para a melhoria das condições de vida e saúde de suas populações. Nesse sentido, o presente trabalho foi dividido em três partes: a primeira discute o histórico e a importância da inserção da Saúde como um tema central das Relações Internacionais, a segunda apresenta um panorama sobre a cooperação internacional em saúde e, por último, discute-se o papel da política externa brasileira no combate à epidemia da Aids à luz da Fábrica de Antirretrovirais instalada em Moçambique.

2 SAÚDE COMO TEMA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

“Todos sabem que as pestes são recorrentes no mundo e, todavia, é difícil acreditar quando elas se abatem sobre nós. Houve tantas pestes quantas guerras no mundo; e, ainda assim, pestes e guerras sempre pegam as pessoas igualmente de surpresa.” Tendo como ponto de partida a afirmação de Camus (2012, p.37), assegura-se que a saúde é um tema que desafia as distinções entre a política doméstica e a internacional, bem como entre os problemas internos e externos e, também, entre as preocupações relativas à soberania dos Estados e sua inserção internacional. Defende-se, portanto, a urgência do debate da saúde global no âmbito da política e das relações internacionais.

Nesse sentido, historiadores como William McNeill (1976) consideram a primeira grande penetração de doenças da Ásia na Europa, entre os anos de 1200 e 1500, uma consequência dos movimentos populacionais e comerciais provocada pelo Império Mongol. Assim, o bacilo da peste bubônica (*pasteurella pestis*), a partir dos focos primitivos na China e na Birmânia, espalhou-se por toda a Europa por meio dos portos do Mediterrâneo. Segundo estimativas, a doença conhecida como “peste negra” dizimou entre 25% e 50% da população europeia (Arrizabalaga, 1991).

A cólera também foi uma epidemia que assolou os grandes centros europeus, ainda que suas primeiras vítimas datem do início do alargamento dos contatos entre Europa e Oriente, foi no século XIX que a doença expandiu-se gradualmente pelo globo, seguindo deslocamentos humanos e rotas de comércio. Com efeito,

o século da cólera foi também o século da intensificação dos contatos entre o Velho Mundo e o Novo, em função do desenvolvimento dos transportes terrestres e marítimos. Foi, ainda, um tempo de avanços do microparasitismo e dos esforços administrativos para contê-lo, tanto no campo sanitário como no da chamada polícia médica - esta, uma espécie de instrumento da incipiente organização dos serviços sanitários para atuar junto à população no combate à cólera e outras “pestilências”. Além disso, foi esse o século das primeiras medidas sanitárias internacionais contra a expansão de doenças como a cólera e a varíola. Todos esses esforços esbarravam em um grande obstáculo à produção de efeitos duradouros: as limitações do saber médico (Santos, 1994, p. 81).

A partir de 1851, com a Primeira Conferência Sanitária Internacional, em Paris, as potências europeias passaram a se reunir regularmente para debater métodos de proteção contra as epidemias, como as quarentenas e os cordões sanitários, sem prejudicar o comércio internacional. A primeira institucionalização da saúde no âmbito das Relações Internacionais ocorreu em 1902, na 2ª Conferência Internacional da Organização dos Estados Americanos. A Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) foi estabelecida com o objetivo de “orientar os esforços estratégicos de colaboração entre os estados-membros e outros parceiros, no sentido de promover a equidade na saúde, combater doenças, melhorar a qualidade e elevar a expectativa de vida dos povos das Américas” (Opas, 2007).

Posteriormente, com o final da Primeira Guerra Mundial, foi criado, em 1922, o Comitê de Saúde da Liga das Nações. Devido ao avanço das doenças, sinalizou-se a urgência de uma mudança na promoção da saúde e do bem-estar entre as nações. Surgiu, assim, um consenso internacional sobre a necessidade de coletivizar os cuidados da saúde de modo a considerar os avanços das ciências biológicas e sociais. O Comitê surge, portanto, para “guiar os passos nos assuntos de interesse internacional para a prevenção e o controle das doenças” (Weindling, 1995), ou seja, assumiu um papel em parte técnico e em parte dedicado a análises de doenças e carência social.

Com efeito, no cenário de reestruturação do pós Segunda Guerra Mundial, o Conselho Econômico e Social convocou a Conferência Internacional da Saúde, na qual foram aprovados os estatutos da Organização Mundial da Saúde (OMS), que passou a existir em 1948, com sede em Genebra. O objetivo da OMS é estabelecer planos e diretrizes de saúde para o mundo, incluindo prevenção, proteção e tratamento de doenças, acesso global à assistência médica, atendimento de emergência a epidemias e priorização das iniciativas de saúde no mundo todo. Nessa direção, a “saúde internacional representava os esforços de nações fortes e industrializadas em ajudar nações mais pobres” (Merson, 2005).

Diante desse contexto, cresceram os debates sobre a eficácia das ajudas internacionais na área da saúde, sobretudo as dos países do norte para os países do sul, pois se vinculavam a doenças específicas e possuíam pequeno impacto nos sistemas de saúde e nos resultados para as populações. Assim, diante de um apelo por um caráter menos assistencialista, observamos gradualmente a transição do conceito de saúde internacional para saúde global.

Podemos encontrar diversos conceitos de saúde global na literatura, entretanto, Koplan *et al.* (1993) alegam que a adoção consensual de um conceito seria indispensável para o estabelecimento de uma agenda compartilhada e objetivos definidos, tanto no campo acadêmico como na prática institucional. A compreensão de saúde global adotada no presente trabalho é a trazida por Kickbusch (2006), que apresenta uma definição do termo alinhada ao nível de análise do sistema internacional “aqueles temas de saúde que transcendem fronteiras nacionais e governos e rogam por ações das forças globais que determinam a saúde das pessoas”.

Nessa direção, faz-se imprescindível, no estudo da saúde como tema de relações internacionais, irmos além do tradicional foco nas funções desempenhadas pelos Estados nacionais. Reconhecemos, portanto, que uma série de atores não estatais – como as organizações não governamentais (ONGs), companhias farmacêuticas, organizações internacionais, entre outros – exercem importantes papéis, inclusive em âmbito doméstico, nas definições e nas diretrizes do acesso à saúde.

Com base nessa perspectiva, questões políticas, sociais e econômicas são centrais para compreender a saúde das populações, bem como a gestão de políticas públicas. Com efeito, a conjuntura da política mundial e seus desdobramentos são igualmente capazes de moldar o acesso dos indivíduos aos cuidados da saúde, à qualidade desses cuidados, bem como aos parâmetros de saúde e tratamentos das populações.

Nesse sentido, Sara Davies (2010) relaciona relações internacionais e saúde por meio de duas perspectivas: *estadista* e *globalista*. O foco da perspectiva estadista está, como seu nome sugere, no papel central do Estado e no lugar que a saúde ocupa nas políticas nacionais, internacionais e de segurança. A questão fundamental é como os Estados devem responder às ameaças causadas pelas doenças e como a cooperação internacional pode reduzir tais ameaças evitando, assim, impactos na economia e na segurança de um país.

Por outro lado, a perspectiva globalista sustenta que a saúde deve ser considerada um direito humano. Importante destacar que o Brasil lidera um amplo arco de atores em prol da iniciativa comum de assegurar a saúde como direito humano e bem público. A perspectiva globalista tem como ponto de partida as necessidades individuais de saúde, assim, busca compreender os impactos causados pelos atores globais e pelas estruturas vigentes de poder. Fatores como pobreza, falta de educação e outras questões sociais, bem como as ações dos Estados e influências de organizações internacionais e corporações multinacionais são fundamentais para compreender o acesso à saúde, ao desenvolvimento e à segurança das populações.

Assim, no que diz respeito especificamente sobre cooperação internacional em saúde, aponta-se como ponto crucial no desenvolvimento das reflexões sobre o tema da saúde global, o advento da epidemia de HIV/Aids, a partir da década de 1980. Essa ocorrência viabilizou um novo tipo de ativismo transnacional em prol do acesso ao tratamento e ainda influenciou a pesquisa, as práticas clínicas, as políticas públicas e o comportamento social (Brandt, 2013). Mais além, as discussões interdisciplinares entre cooperação internacional e saúde global cresceram notavelmente nas últimas décadas tendo em vista: o disseminado pavor popular diante de questões como a propagação do vírus da Aids/HIV e de “novas” epidemias como H1N1 e o Ebola. E, acima de tudo, devido à ampliação da agenda de segurança internacional e sua nova abordagem de temas que não sejam diretamente relacionados ao setor militar.

3 COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE: UMA RETROSPECTIVA HISTÓRICA

O avanço desequilibrado de doenças originou e aprofundou problemas que demandam vontade política conjunta para que sejam solucionados. Nesse sentido, uma retrospectiva histórica a partir dos anos 1960 informa-nos que a cooperação internacional no âmbito da saúde inicialmente priorizou suas ações visando à construção de sistemas de saúde fundamentados na *atenção primária à saúde*.⁴

Posteriormente, durante a década de 1980, as agendas de reforma do setor saúde desenvolveram-se e alastraram-se globalmente, especialmente por serem promovidas pela ideologia neoliberal preponderante na época. Os gastos foram submetidos às exigências dos ajustes macroeconômicos, incorporando os princípios neoliberais, que desconsideravam os problemas e exigiam menor participação do Estado, privatização, flexibilidade e desregulamentação. Assim, o acesso aos serviços de saúde parecia deixar de ser um bem público e as privatizações aumentaram os gastos privados, mesmo nos países mais pobres. Esse processo ainda foi seguido da negligência com as questões epidemiológicas e as atividades de saúde pública – prevenção e controle de endemias, doenças epidêmicas e transmissíveis (Almeida, 2010).

Nesse mesmo período, houve um grande avanço tecnológico, especialmente na área da Medicina, com a descoberta de novas substâncias e tratamentos. No entanto, muitas populações carentes situadas em países pobres ou em desenvolvimento não se beneficiaram desses avanços, sendo vítimas de enfermidades (endêmicas em suas regiões) e sem acesso eficaz aos medicamentos necessários para resolverem esses seus problemas (Castro, 2012). Percebe-se, portanto, que os avanços não contribuíram para a superação das disparidades existentes tanto entre os países do norte e do sul quanto no âmbito doméstico de cada um deles.

4. Atenção Primária é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias. Disponível em: <<http://goo.gl/DBm9cK>>. Acesso em: 5 abr. 2015.

Nesse sentido, a forma como estão organizadas as periferias dos países e as periferias do mundo são catalisadores para a transmissão em massa de epidemias, criando eternos espaços marginalizados, estigmatizados e, principalmente, vulneráveis a toda forma de racismo institucional. É importante ainda destacar que nos países e regiões em desenvolvimento, principalmente no continente africano, observa-se o convívio de doenças transmissíveis epidêmicas com altas taxas de pobreza e fome. Esse cenário é responsável pelas elevadas taxas de mortalidades geral, materna e de menores de cinco anos, bem como pela baixa expectativa de vida ao nascer (WHO, 2009).

Com efeito, existe uma progressiva concordância de que, sem populações saudáveis, não há desenvolvimento sustentável. Isso acontece tendo em vista que o agravamento da pobreza ocorre porque bens deixam de ser produzidos, há uma sobrecarga nos sistemas de saúde e previdenciário, a expectativa de vida é menor e a vida desses indivíduos é permeada por enfermidades. Além disso, os indivíduos contribuem com menos impostos, a força de trabalho não produz tanto quanto esperado porque algumas destas doenças causam sequelas e morte de muitas crianças, e aquelas que conseguem chegar a idade adulta não desenvolvem todo seu potencial (WHO/CDS/CPE/CEE, 2004), ou seja, as pessoas submetidas a esta situação sofrem com uma privação de suas capacidades.

Diante de um acelerado agravamento da desigualdade⁵ no mundo, os países intensificaram propostas de ajuda internacional e filantropia, visando a minorar os problemas de saúde e condições de vida das populações carentes. De fato, com a emergência de desafios de saúde para além das fronteiras nacionais, as resoluções devem ser buscadas de forma conjunta, tendo em vista que as questões de saúde estão excedendo o âmbito técnico e se tornando essenciais nas políticas externa e de segurança, assim como nos acordos comerciais. Nessa direção,

a política externa brasileira concernente à saúde tem buscado caracterizar o acesso a medicamentos essenciais como uma questão de direitos humanos, com vistas a aumentar seu peso político na agenda internacional e minar os obstáculos representados pelos interesses comerciais e pelos direitos de propriedade intelectual dos Estados Unidos e de outros países industrializados (Souza, 2012, p. 223).

Concordando com a argumentação acima, é com o propósito de contribuir para o entendimento da potencial contribuição brasileira para os avanços no campo da saúde global que se insere esta pesquisa. Especificamente, o intuito é apontar que o país, cuja população periférica sofre os dissabores da epidemia do HIV, pode oferecer alternativas de tratamento e prevenção, a exemplo de seu histórico de quebra de patente para fabricação de antirretrovirais.

No que se refere à Aids, o combate à epidemia representa um dos maiores desafios das políticas globais e nacionais de saúde pública nas últimas décadas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que a epidemia infectou aproximadamente quase 75 milhões de pessoas, das quais de 36 milhões morreram. Estima-se que 35,3 milhões de pessoas viviam com o HIV no final de 2012 e que 0,8% dos adultos com idades entre 15 e 49 anos no mundo são soropositivas, embora a gravidade da epidemia varie consideravelmente entre países e regiões. Citando como exemplo especificamente o continente africano, a África Subsaariana responde por 71% das pessoas soropositivas do mundo (WHO, 2014).

As dificuldades na área da saúde nos países pobres, além de não terem diminuído, apontaram indicativos de piora. Assim, a comprovada ineficiência dos sistemas de saúde gerou um grande debate global sobre a eficácia das ajudas internacionais na área da saúde, sobretudo as verticais, ou seja,

5. Segundo evidências compiladas por Benatar (2003, *apud* Paranaguá, 2012) a diferença de renda entre os 20% mais pobres e a mesma proporção dos mais ricos do mundo partiu de um patamar de nove vezes no início do século passado e alcançou a cifra de oitenta no ano 2000.

dos países do norte para os países do sul, pois se vinculavam a doenças específicas e possuíam pequeno impacto nos sistemas de saúde, bem como nos resultados para as populações.

Podemos, nesse sentido, relacionar este debate no âmbito das discussões acerca da preferência pela Cooperação Sul-Sul, que compreende não apenas uma ajuda unidirecional, mas a construção de parcerias, intercâmbio de experiências, aprendizado conjunto e compartilhamento de resultados e responsabilidades. Atualmente, o Brasil figura-se entre os protagonistas da CSS, explorando, entre outros, o potencial da saúde como tema social no seio da política externa. Somada à formação profissional e à agricultura, ela representa dois terços da cooperação brasileira com os países em desenvolvimento.

4 O BRASIL E A COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL EM SAÚDE: COMBATE À EPIDEMIA DA AIDS

O Brasil vem assumindo um papel ativo no cenário global da saúde exemplificado pela designação da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) como centro colaborador da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas/OMS), bem como sua constante participação nos organismos multilaterais da saúde. Nesse sentido, a *diplomacia em saúde* brasileira busca consolidar sua influência na efetivação da saúde global e, para tanto, a cooperação internacional possui crescente relevância.

Diante deste protagonismo brasileiro, é importante esclarecer o conceito de *cooperação estruturante de saúde*, desenvolvido pelo Centro de Relações Internacionais (Cris) da Fiocruz. O conceito busca romper com o modelo Norte-Sul que é, em geral, uma transferência passiva de conhecimento e tecnologias, dirigida ao enfrentamento de doenças ou de vulnerabilidades específicas, que não auxilia na capacitação autônoma dos agentes dos países receptores, perpetuando sua dependência.

A cooperação considerada estruturante, por outro lado, tem como foco o treinamento de recursos humanos e a construção de capacidades em pesquisa, ensino ou serviços e para o fortalecimento ou criação de “instituições estruturantes” do sistema de saúde, tais como ministérios da saúde, escolas de saúde pública, institutos nacionais de saúde, universidades ou cursos técnicos, escolas politécnicas em saúde, institutos de desenvolvimento tecnológico e de produção de insumos, incluindo fábricas de medicamentos. A proposta é que essas instituições ajam conjuntamente em redes nacionais e regionais e apoiem os esforços de estruturação e fortalecimento dos sistemas de saúde de seus respectivos países (Almeida, 2010).

Portanto, tendo em vista as cruciais necessidades sociais e de saúde dos países em desenvolvimento, vislumbra-se uma área na qual o Brasil pode perseguir a liderança em nível global. Para corroborar tal afirmação, argumenta-se que alguns dos principais projetos de CSS do país realizem-se no campo da saúde e, mais além, é inegável o crescente protagonismo brasileiro nos debates da área devido a sua posição de caracterizar o acesso a medicamentos essenciais como uma questão de direitos humanos.

Com efeito, a Constituição Federal Brasileira de 1988, em seu Artigo 6º elevou a saúde à categoria de *direito social* e a consagrou, no Artigo 196, como um “direito de todos e dever de Estado”. Com efeito, o mesmo artigo assegura o “acesso universal e igualitário”, surgindo assim o Sistema Único de Saúde (SUS). A despeito de seu subfinanciamento, da ascensão dos planos de saúde privados e do protagonismo crescente de entes privados, o Brasil observa progressos em seus indicadores de saúde. Por exemplo, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) foram alcançados três anos antes de seu prazo máximo (2015) no que se refere à redução da mortalidade infantil e materna, assim como à luta contra a malária e outras doenças (Brasil, 2013).

O Brasil, desde o início da epidemia na década 1980, teve 656.701 casos registrados de Aids. Desde a década de 1980, o país tem implementado campanhas educativas e de prevenção, incluindo a distribuição de preservativos no âmbito nacional, bem como campanhas direcionadas a populações vulneráveis, tais como profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis e homossexuais (Ministério da Saúde, 2010). Nesse cenário, a Aids, no Brasil, vem, paulatinamente, deixando de ser uma doença com alta letalidade e sendo considerada uma doença crônica potencialmente controlável.

Estima-se que, atualmente, cerca de 630 mil indivíduos de 15 a 49 anos de idade vivem com o HIV/Aids no Brasil. A taxa de prevalência da infecção pelo HIV, na população de 15 a 49 anos de idade, mantém-se estável em aproximadamente 0,6% desde 2004. Em média, anualmente, são identificados 35 mil novos casos e registradas aproximadamente onze mil mortes (Ministério da Saúde, 2011). Mais além, observa-se no país uma redução de novos casos por transmissão vertical em quase 50% nos últimos anos. Essa tendência de queda vem sendo observada desde a introdução da terapia antirretroviral (Unaid, 2008).⁶

Considera-se, portanto, que a luta contra a epidemia de Aids no Brasil é um exemplo de sucesso, sendo demonstrado pela queda dos índices de mortalidade e morbidade a partir de 1996 e sustentada pela organização da rede de serviços, pela disponibilização de medicamentos antirretrovirais e pelas ações de prevenção, tendo sido o primeiro país em desenvolvimento a implementar um programa de distribuição de antirretrovirais (ARV). O acesso universal e gratuito aos medicamentos é central nesse programa que, entre 1997 e 2006, diminuiu em 82% o número de hospitalizações, além de cobrir a quase totalidade de soropositivos que estão sob alguma forma de tratamento (Brasil, 2008).

Nesse sentido, o sucesso brasileiro no enfrentamento da epidemia, credenciou o país à criação da fábrica de medicamentos antirretrovirais em Moçambique, o carro-chefe da exportação do modelo brasileiro. A Fábrica é o primeiro laboratório 100% público da África.

Moçambique localiza-se na região sul da África Subsaariana, região onde a epidemia de Aids é generalizada. Dados apontam que 14% da população adulta (15 a 49 anos) está infectada pelo vírus. Estima-se ainda diante de uma população de 24,5 milhões de habitantes, 1,6 milhão de pessoas vivam com Aids no país e 510.500 crianças ficaram órfãs, com a morte dos pais devido a causas relacionadas ao HIV. Mais além, aproximadamente 50% da infraestrutura em saúde foi destruída durante a guerra civil e somente 30% dos moçambicanos afetados pelo HIV têm acesso a tratamento (Usaid, 2012; HDR, 2013).

Nesse sentido, o objetivo brasileiro era apoiar a ampliação do acesso ao tratamento e assistência por meio de aumento da oferta deles à população. Uma das medidas previstas para a consolidação do complexo industrial era o investimento na rede de laboratórios nacionais para transferência de tecnologias fármaco-químicas, particularmente de antirretrovirais. A iniciativa ambiciona uma produção anual de 226 milhões de comprimidos antirretrovirais e 145 milhões de outros remédios. Tem-se ainda como meta qualificar a fábrica em nível internacional e obter certificado de boas práticas pela Organização Mundial da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e pelo Food and Drugs Administration (FDA) dos Estados Unidos (Ministério da Saúde, 2011).

Assim, em Novembro de 2003, o ex-presidente Lula e o ex-presidente de Moçambique Joaquim Chissano assinaram o “Protocolo de Intenções entre o Governo da República Federativa do Brasil e a República de Moçambique sobre cooperação científica e tecnológica na área de saúde”. O protocolo

6. Disponível em: <<http://goo.gl/V80gvR>>.

é resguardado pelo acordo geral de cooperação entre os países de 1981. Estabeleceu-se a decisão de fortalecer a cooperação bilateral mediante projetos conjuntos de pesquisa e o intercâmbio de conhecimento e meios necessários para a produção de medicamentos antirretrovirais genéricos, com objetivo de instalar um laboratório farmacêutico público em Moçambique, orientado para atender as demandas de saúde pública do país (Brasil, 2003).

O objetivo geral da iniciativa é

a redução do indicador de mortalidade decorrente da incidência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida) ocasionada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) naquele país por meio da ampliação do acesso aos medicamentos antirretrovirais a serem disponibilizados pelo poder público à população infectada. Para tal, a instalação da fábrica de antirretrovirais e outros medicamentos em Moçambique busca criar, de forma sustentável, um empreendimento público voltado à produção para garantir terapia primeiramente às vítimas do HIV/Sida e de outros agravos à saúde no país e, em segundo lugar, aos cidadãos dos países vizinhos (Fiocruz, 2013).

O primeiro passo para a instalação da fábrica ocorreu por meio do “Estudo de viabilidade técnico-econômico para a instalação de fábrica de medicamentos, em Moçambique, para a produção de antirretrovirais e outros medicamentos”, que aconteceu entre os anos de 2006 e 2007. O estudo apontou que apenas 9% das pessoas com infecção avançada por HIV recebiam tratamento com antirretrovirais⁷ no país e, de acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef),⁸ apenas 5% dos gastos governamentais eram destinados à saúde, à educação e à defesa entre os anos de 1994 e 2004.

Mais além, a mortalidade infantil em Moçambique, na época do estudo de viabilidade, era alta: 109 em cada mil crianças nascidas vivas por ano (10,9%). O HIV configurava-se como a quinta principal causa de óbito em crianças menores de cinco anos. O relatório informava, ainda, que o quadro da epidemia era de expansão da doença, com taxas crescentes em mulheres grávidas. Ainda de acordo com o Relatório de 2007, o setor de saúde em Moçambique apresentava graves dificuldades, como o baixo suprimento de insumos e a falta de equipamentos, bem como de profissionais qualificados.

Diante do exposto, foi possível concluir que a epidemia da Aids/HIV impacta profunda e diretamente o setor de saúde moçambicano, pois sobrecarrega os hospitais e, conseqüentemente, aumenta custos. Na época em que o estudo foi realizado (2006-2007), 50% dos leitos hospitalares estavam ocupados por pessoas soropositivas. Avaliou-se ainda que, se não houvesse a epidemia do HIV, a expectativa de vida saudável da população do país poderia chegar a 50 anos em 2010, mas, devido à doença, a previsão seria de 37 anos (36 para homens e 38 para mulheres). Previa-se também em torno de 500 mil órfãos maternos, anualmente, em consequência da epidemia, caso esta não fosse controlada eficazmente (Lopes, 2013).

Após o Estudo de Viabilidade, a Fiocruz apresentou ao governo de Moçambique 144 opções para a produção de antirretrovirais e outros medicamentos genéricos (antimaláricos, tuberculostáticos, analgésicos, antibióticos não penicílicos) (Brasil, 2007). O passo seguinte foi, em 2008, a assinatura do projeto: “Capacitação em produção de medicamentos antirretrovirais”, cujo objetivo era capacitar e fornecer conhecimentos aos profissionais moçambicanos que atuarão na fábrica de medicamentos. No âmbito desse projeto, a Fiocruz promoveu a capacitação de dez farmacêuticos, dos quais cinco deveriam integrar o quadro de recursos humanos da fábrica.

7. Disponível em: <<http://goo.gl/Df6Zi8>>. Acesso em: 7 abr. 2015.

8. Disponível em: <<http://goo.gl/XRQH0w>>. Acesso em: 7 abr. 2015.

Em 2011, o projeto BRA/04/044-S117 sofre uma revisão que se justifica “pela defasagem entre o período em que foi elaborado o projeto, e a retomada das atividades, que ocorreu em maio de 2011” (Brasil, 2011). Apesar de programada para iniciar suas atividades em 2011, foi nesse ano que o Brasil adquiriu os equipamentos e foram realizadas as obras para adequar a indústria às demandas da fábrica. Em 2012 foi finalizada a instalação dos equipamentos e no dia 21 de julho de 2012 aconteceu a cerimônia de “arranque das operações da fábrica”, com a estreia da linha de embalagem de 3.255 frascos de Nevirapina 200 mg (Fiocruz, 2012). O Brasil foi representado vice-presidente Michel Temer, porém, da parte do Ministério da Saúde de Moçambique, nenhum representante de alto nível compareceu ao evento.

Sobre o financiamento, o Brasil contribuiu, ao total, com R\$ 41.8 milhões e Moçambique, aproximadamente, com US\$ 15,4 milhões, incluindo o apoio da empresa Vale Moçambique.⁹ No que tange a resultados concretos, em agosto de 2014, a Fábrica produziu, pela primeira vez, um remédio genérico que faz parte do coquetel anti-HIV: a lamivudina. Em outubro do mesmo ano produziu o segundo componente do coquetel, a nevirapina. Toda operação de produção foi realizada por Moçambique, sob a supervisão da Fiocruz.¹⁰ Mais além, capacitaram-se quinze técnicos e outros 55 encontram-se em capacitação.

Podemos inserir a fábrica de antirretrovirais de Moçambique na estratégia brasileira de utilizar a cooperação internacional para impulsionar o país como uma liderança no cenário internacional. O crescimento da credibilidade internacional coincide com o aumento do *soft power*, especificamente no que diz respeito ao HIV/Aids, graças às políticas exitosas adotadas pelo governo e reconhecidas pela opinião pública.

Por outro lado, a falta de clareza em relação ao funcionamento do sistema brasileiro de cooperação técnica internacional e de sua relação com outras modalidades de cooperação e prioridades de política externa, acompanhada da mobilização intensa de instituições e de grupos de interesses, tem conduzido a demandas por maior transparência e participação social na definição das prioridades, implementação de iniciativas e avaliação da cooperação internacional promovida pelo Brasil como um todo. Sistematizar as abordagens e o impacto das iniciativas de cooperação internacional é essencial para melhor compreender e comunicar a importância da CSS como estratégia na busca da certificação brasileira como um *global player* no cenário.

Portanto, a lacuna de informações e de dados impossibilita analisar em que medida o entrelaçamento entre as diferentes modalidades responde a uma estratégia coerente e quais são os impactos da atuação brasileira nos países parceiros. Essas informações são essenciais para avaliar oportunidades e obstáculos e tornam-se o grande desafio para o país que busca consolidar sua liderança no âmbito da agenda de saúde global.

9. Para a sede da Fábrica de Antirretrovirais, o governo moçambicano optou por comprar uma planta de uma fábrica de soros, localizada em Matola, cidade próxima à capital Maputo. Entretanto, logo após a compra, afirmou não ter condições de pagar a obra da fábrica. Diante da situação de impasse, negociou-se com a empresa Vale a doação de US\$ 4,5 milhões – aproximadamente 75% dos custos das obras – ao governo de Moçambique, para complementar sua parte do financiamento que não foi alcançada (Fedatto, 2015).

10. Fonte: <<http://goo.gl/LbPdUp>>. Acesso em: 6 abr. 2015.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista as condições declinantes da saúde de grandes parcelas da população em diversos países, observa-se um crescente apelo social à atenção médica e a programas de prevenção e promoção de saúde a indivíduos, grupos e comunidades. Assim, reveste-se de importância iniciativas como esta proposta de investigação considerando que “as disciplinas tradicionais da área da saúde ligadas (...) à biologia, quando não à física clássica [têm um] olhar puramente natural e técnico sobre a vida”. Ou seja, “tanto do ponto de vista metodológico como epistemológico, essas disciplinas são incapazes de abarcar a totalidade do fenômeno da vida humana, sobretudo quanto aos aspectos mencionados acima” (Luz, 2011, p. 25). Mais além,

se abre um grande desafio para as ciências sociais e humanas. Pois cabe a um grupo de disciplinas deste campo: Sociologia, Antropologia, Política, História, Psicologia e Filosofia [dentre outras], debruçarem-se sobre a “questão da saúde e doença” na vida social contemporânea. De fato, cabe a essas disciplinas, com seus objetos e métodos próprios de pesquisa, trabalhar as questões relativas à vida humana em seu aspecto relacional grupal, comunitário, coletivo (Luz, 2011, p. 25).

Na direção apontada pela autora acima é que se inseriu o presente artigo, tendo em vista que as ciências humanas e sociais vêm sendo progressivamente requisitadas para trabalhar em regime de cooperação interdisciplinar com o campo da saúde. Considerando, também o benefício que “representa para os cientistas sociais o fato de debruçarem-se sobre disciplinas tradicionalmente ligadas à vida e à saúde humanas” (IBD, p. 26).

Com efeito, evidenciou-se que o Brasil possui uma política externa no campo da saúde. Ela é solidária ao defender a subordinação do comércio internacional aos direitos humanos, no que tange questões de propriedade intelectual; bem como que os determinantes sociais da saúde tenham prioridade na agenda global e que a necessidade de uma reforma da OMS, tornando-a mais independente em relação aos grandes financiadores privados.

A consolidação de uma diplomacia solidária de saúde depende tanto da prevalência da ótica dos direitos humanos sobre outros interesses de nossa política externa, como da vontade política dos governos de completar o movimento iniciado com a reforma sanitária, construindo um sistema de saúde gratuito e de qualidade, como dever do Estado, direito de todos e baliza da ação internacional do Brasil (Ventura, 2013).

Nesse sentido, o Brasil tem sido considerado mais como um ativista do que como doador, tendo em vista que não tem tido ganhos econômicos por meio de sua cooperação – o que o diferencia não apenas do mundo desenvolvido, mas também de outros países emergentes, como a China. Assim, graças a sua resposta à epidemia de HIV/Aids, o Brasil tornou-se um “agenda *setter*” no domínio da saúde (Bliss *et al.*, 2012).

Por seu lado, Blais (2007) aponta que um risco do uso corrente da expressão “solidariedade” é reduzi-la a um *slogan* vazio, desconectada de um quadro real de aplicação. Portanto, ao evocar os direitos sociais, entre os quais se encontra o direito à saúde, é importante que se passe da “solidariedade negativa”, que hoje prevalece nas relações entre os Estados, à “solidariedade positiva”, que estabelecerá objetivos e regras comuns de trabalho e de justiça nas normas internacionais de comércio (Supiot, 2010).

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação, Inovação e Saúde**, p. 23-35. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2010.
- BLISS, K.; BUSS, P.; ROSENBERG, F. **New approaches to global health cooperation** – perspectives from Brazil. Brasil: Ministério da Saúde/Fiocruz; Washington, D.C: Center for Strategic and International Studies, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/i4kBx3>>. Acesso em: 20 out. 2014.
- BOBBIO, N. *et al.* **Dicionário de Política**. Brasília: UnB, 1998.
- BRANDT, A. How Aids invented global health. **The New England Journal of Medicine**, n. 368, p. 2149-2152, 6 jun, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/MHZfFI>>. Acesso em: 20 out. 2014.
- BUSS, Paulo. Ensaio Crítico sobre a Cooperação Internacional em Saúde. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação Saúde**, v.4, n.1, p.93-105, Rio de Janeiro, 2010.
- CRAVINHO, J. G. **Visões do mundo**: as relações internacionais e o mundo contemporâneo. Lisboa: Imprensa das Ciências Sociais, 2002.
- DESLANDES, Suely; GOMES, Romeu. Interdisciplinaridade na Saúde Pública: um campo em construção. **Revista Latino Americano de Enfermagem**, p.103-114, Ribeirão Preto, 1994
- FEDATTO, Maíra. **A Fiocruz e a cooperação para a África no governo Lula**. 2013. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- KEOHANE, R. O. **After hegemony**. Princeton: Princeton University Press, 1984.
- KEOHANE, R. O.; NYE JUNIOR, J. S. **Power and interdependence**. New York: Longman, 1989.
- LEITE, I. C.; SUYAMA, Bianca; WAISBICH, Laura Trajber. **Para além do tecnicismo**: a cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional e caminhos para sua efetividade e democratização. Policy Briefing. São Paulo: Cebrap, 2013.
- LUZ, M. T. Especificidade da contribuição dos saberes e práticas das ciências sociais e humanas para a saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 22-31, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/4eJ7bF>>.
- MARSIGLIA, R. M. Temas emergentes em ciências sociais e saúde pública/coletiva: a produção do conhecimento na sua interface. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/43O3hc>>.
- NYE JUNIOR, J. S. **The future of power**. Nova Iorque: PublicAffairs, 2011.
- PINTO, D. J. Smart power: os pilares deste poder na política externa brasileira. *In*: ENCONTRO NACIONAL ABRI, 3, 20-22 jul. 2011, São Paulo.
- VAZ, A.; INOUE, Cristina. **Les économies émergentes et l'aide au développement international**: Le cas du Brésil. Paris: IDRC/CRDI, 2007.
- VENTURA, D. Saúde pública e política externa brasileira. **Conectas Direitos Humanos**, v.10, n.19, São Paulo, 2013.
- WALTZ, K. N. **Theory of international politics**. Nova Iorque: McGrawhill, 1979.
- WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**. Geneva: World Health Organization, 1948.