

MINISTÉRIO DA SAÚDE



Saúde e Política Externa: os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018)

Brasília - DF
2018



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde

Saúde e Política Externa: os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018)

Brasília - DF
2018



2018. Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2018 – 1.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde
Gabinete do Ministro
Esplanada dos Ministérios, bloco G,
Ed. Sede, 4º andar
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tel.: +55 (61) 3315-2813

Organização e coordenação geral:

Bruno Pereira Rezende
Fabio Rocha Frederico
Wesley Lopes Kuhn

Revisão técnica:

Anna Elisa lung Lima
Bruno Pereira Rezende
Douglas Valletta Luz

Elaboração de texto:

Anna Elisa lung Lima
Barbara Frossard Pagotto
Bruno Pereira Rezende
Douglas Valletta Luz
Eduardo Shigueo Fujikawa
Fabio Rocha Frederico
Igino Rodrigues Barbosa Filho
Indiara Meira Gonçalves
Jorge Eliano Ramalho Filho

Layana Costa Alves
Lorenza Longhi
Luciano Ávila Queiroz
Mariana Darvenne
Mauro Teixeira de Figueiredo
Rafael Gomes França
Rafaela Beatriz Moreira Batista
Raquel Machado
Roberta Vargas de Moraes
Sonia Maria Pereira Damasceno
Tatiana Silva Estrela
Tatiane Lopes Ribeiro de Alcântara
Wesley Lopes Kuhn

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Diagramação:

All Type Assessoria Editorial EIRELI

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde.

Saúde e Política Externa : os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018) / Ministério da Saúde, Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.
364 p.

ISBN: 978-85-334-2639-9

1. Políticas externas. 2. Assessoria. 3. Cooperação Internacional. I. Título.

CDU 614(4/9)

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2018/0434

Título para indexação:

Health and Foreign Affairs: the 20 years of the International Affairs Office of the Ministry of Health of Brazil (1998-2018).

LISTA DE SIGLAS

ABC – Agência Brasileira de Cooperação
Abrasco – Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
AECID – Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento
AESA – Assessoria de Assuntos Especiais de Saúde
AFD – Agência Francesa de Desenvolvimento
AGNU – Assembleia Geral das Nações Unidas
AIDIS – Associação Interamericana de Engenharia Sanitária e Ambiental
AISA – Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde
AMR – resistência antimicrobiana (*antimicrobial resistance*)
AMS – Assembleia Mundial da Saúde
Andifes – Associação Nacional de Dirigentes de Instituições Federais de Ensino Superior
Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ARV – antirretrovirais
ASA – Cúpula América do Sul-África
ASSE – Administração de Serviços de Saúde do Estado (*Administración de los Servicios de Salud del Estado*, Uruguai)
BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD – Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
BLH – banco de leite humano
BRICS – Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul
CAESA – Coordenação-Geral de Assuntos Especiais de Saúde
CAIS – Coordenadoria de Assuntos Internacionais de Saúde
Caisan – Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional
CAMS – Comissão Nacional de Articulação com Movimentos Sociais
CAN – Central Nacional de Ambulâncias do Haiti
CARICOM – Comunidade do Caribe
CBERS – Programa “Satélite Sino-Brasileiro de Recursos Terrestres” (*China-Brazil Earth Resources Satellite*)
CCEE – Comitê para a Cooperação Econômica Europeia
CCM – Comissão de Comércio do Mercosul
CDC – Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA (*Centers for Disease Control and Prevention*)
CDC China – Centro de Controle e Prevenção de Doenças da China
CE – Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde
Cebes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEE – Comunidade Econômica Europeia
CEPAL – Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe da Organização das Nações Unidas
CEWG – Grupo Consultivo de Especialistas em Pesquisa e Desenvolvimento (*Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination*)
CF – Constituição Federal
CGAN – Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde
CGFOME – Coordenação-Geral de Cooperação Humanitária e Combate à Fome do Ministério das Relações Exteriores
CICT – Centro Internacional de Cooperação Técnica
CID – Classificação Internacional de Doenças
CIDA – Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional (*Canadian International Development Agency*)
CIDT – Comissão Intergovernamental de Doação e Transplantes do Mercosul

Cies-OEA – Conselho Interamericano Econômico e Social em Nível Ministerial
CIHIV – Comissão Intergovernamental de HIV/Aids
CIRSI – Comissão Intergovernamental para a Implementação do RSI do Mercosul
CISAN – Comissão Intergovernamental de Segurança Alimentar e Nutricional do Mercosul
CMC – Conselho do Mercado Comum
CNAIDS – Comissão Nacional de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais
CNBB – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNIg – Conselho Nacional de Imigração
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COES – Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública
CONARE – Conselho Nacional de Refugiados
Conasems – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONICQ – Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus Protocolos
Conjur – Consultoria Jurídica
Consea – Conselho Nacional de Segurança Alimentar
COSBAN – Comissão Sino-Brasileira de Alto Nível de Concertação e Cooperação
CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
CQCT – Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
CRM – Conselho Regional de Medicina
CUT – Central Única dos Trabalhadores
DAA – antivirais de ação direta
DAB – Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde
DATEC – Divisão de Análise Técnica
DDA – doenças diarreicas agudas
DEG – Diálogo Estratégico Global Brasil-China
Delbrasgen – Missão permanente do Brasil junto à Organização das Nações Unidas e demais organismos internacionais em Genebra
DESID – Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento do Ministério da Saúde
DFID – Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Reino Unido
DIAHV – Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde
DINEPA – Direção Nacional de Água Potável e Saneamento do Haiti
DNDi – Iniciativa Medicamentos para Doenças Negligenciadas (*Drugs for Neglected Diseases initiative*)
DONASUL – Registro Mercosul de Doação e Transplante de Órgãos
DOTS – *Directly Observed Treatment, Short-course*
DSG – diplomacia da saúde global
DTM – Divisão de Temas Multilaterais
ECOSOC – Conselho Econômico e Social das Nações Unidas
EFTA – Associação Europeia de Livre Comércio (*European Free Trade Association*)
EGPA – Estratégia Global e Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual (*Global Strategy and Plan of Action on Public Health, Innovation and Intellectual Property*)
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
ERP – *European Recovery Program*
ESF – Estratégia Saúde da Família
ESPII – emergência de saúde pública de importância internacional
ESPIN – emergência em saúde pública de importância nacional
EUA – Estados Unidos da América
EWG – Grupo de Trabalho sobre Pesquisa e Desenvolvimento: Coordenação e Financiamento (*WHO Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination*)

FAO – Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (*Food and Agriculture Organization of the United Nations*)

FCES – Foro Consultivo Econômico-Social do Mercosul

Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz

Fiotec – Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde

FMI – Fundo Monetário Internacional

FPGH – Iniciativa Política Externa e Saúde Global (*Foreign Policy and Global Health*)

FRH – Fundo de Reconstrução do Haiti

Funasa – Fundação Nacional de Saúde

GARDP – Parceria Global de Pesquisa e Desenvolvimento de Antibióticos (*Global Antibiotic Research & Development Partnership*)

GASP – Programa Global de Vigilância Antimicrobiana Gonocócica (*Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme*)

GAVI – Aliança Global para Vacinas e Imunização (*Global Alliance for Vaccines and Immunisation*)

GCTH – Grupo de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/Aids

GIZ – Agência Alemã de Cooperação Internacional (*Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit*)

GLASS – Sistema Global de Vigilância de Resistência Antimicrobiana (*Global Antimicrobial Resistance Surveillance System*)

GMC – Grupo Mercado Comum

GT – grupo técnico / grupo de trabalho / grupo temático

GT UNAIDS – Grupo Temático do UNAIDS

GTI-AHI – Grupo de Trabalho Interministerial sobre Assistência Humanitária Internacional

GTS – Grupo Técnico da Saúde da CPLP

GTSAN – Grupo de Trabalho Segurança Alimentar e Nutricional do Mercosul

GTZ – Agência Alemã de Cooperação

G20 – Grupo dos 20

G77 – Grupo dos 77

HCR – Hospitais Comunitários de Referência (Haiti)

HCV – vírus da hepatite C

HIV – vírus da imunodeficiência humana

IACG – Grupo de Coordenação Interagências sobre Resistência Antimicrobiana (Interagency Coordination Group on Antimicrobial Resistance)

Ibase – Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas

ICN2 – II Conferência Internacional de Nutrição

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IFAD – Fundo Internacional para o Desenvolvimento Agrícola (*International Fund for Agricultural Development*)

IHMT – Instituto de Higiene e Medicina Tropical de Portugal

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INASA – Instituto Nacional de Saúde Pública da Guiné-Bissau

INC – Instituto Nacional de Cardiologia

INCA – Instituto Nacional de Câncer

Inesc – Instituto de Estudos Socioeconômicos

INS – Instituto Nacional de Saúde de Moçambique

INSP – Instituto Nacional de Saúde Pública de Cabo Verde

Interfarma – Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Ipespe – Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas

IST – infecções sexualmente transmissíveis

JICA – Agência Japonesa de Cooperação para o Desenvolvimento (*Japan International Cooperation Agency*)

KEI – *Knowledge Ecology International*

KfW – Banco Alemão de Desenvolvimento (*Kreditanstalt für Wiederaufbau*)

Losan – Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional

MAPA – Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento

MCTIC – Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social

MMA – Ministério do Meio Ambiente

Mercosul – Mercado Comum do Sul

MIF – Força Multilateral Provisória (Multilateral Interim Force)

MINUSJUSTH – Missão das Nações Unidas de Apoio à Justiça no Haiti

MINUSTAH – Missão das Nações Unidas para a Estabilização do Haiti

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social (1974-1990)

MRE – Ministério das Relações Exteriores

MS – Ministério da Saúde

MSF – Médicos Sem Fronteiras

MSP – Ministério da Saúde Pública do Uruguai

MSPP – Ministério da Saúde Pública e da População do Haiti

MTC – medicina tradicional chinesa

NAFTA – Tratado Norte-Americano de Livre Comércio

NHFPC – Comissão Nacional de Saúde e Planejamento Familiar da República Popular da China (*National Health and Family Planning Commission*)

NRCMS – Novo Regime Cooperativo Médico Rural (*New Cooperative Medical Scheme*)

OAB – Ordem dos Advogados do Brasil

OCDE – Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico

OCHA – Escritório das Nações Unidas para a Coordenação de Assuntos Humanitários (*United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs*)

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OEA – Organização dos Estados Americanos

OECE – Organização Europeia para a Cooperação Econômica

OIE – Organização Mundial de Saúde Animal

OMC – Organização Mundial do Comércio

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – organização não governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

OTAN – Organização do Tratado do Atlântico Norte

OTCA – Organização do Tratado de Cooperação Amazônica

P&D – pesquisa e desenvolvimento

PAC – Plano de Ação Conjunta Brasil-China

PALOP – países africanos de língua oficial portuguesa

PAN-BR – Plano Nacional de Prevenção e Controle da Resistência aos Antimicrobianos

Parlasul – Parlamento do Mercosul

PCB – *Programme Coordinating Board* do UNAIDS

PCC – Partido Comunista da China

PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

PCI – Programa de Cooperação Internacional para outros países em Desenvolvimento

PCMM – Projeto de Cooperação para o Mais Médicos

PEAS – Plano Estratégico de Ação Social

PECS – Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP
PIB – produto interno bruto
PIS – Programa Integral de Saúde de Cuba
PLANSAN – Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
PMA – Programa Mundial de Alimentos
PMMB – Projeto Mais Médicos para o Brasil
PNCT – Política Nacional de Controle do Tabaco
PNM – Política Nacional de Medicamentos
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPP – paridade do poder de compra (*purchase power parity*)
PPT – presidência *pro tempore*
PrEP – profilaxia pré-exposição ao HIV
Provab – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PROMESS – Programa de Medicamentos Essenciais da OPAS/OMS
PVHIV – pessoas vivendo com HIV
ReLAVRA – Rede Latino-Americana de Vigilância de Resistência Antimicrobiana
Rename – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
Renezika – Rede Nacional de Especialistas em Zika e Doenças Correlatas
Revalida – Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituições de Educação Superior Estrangeira
RINSP – Rede de Institutos Nacionais de Saúde Pública da CPLP
RMS – Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul
RSI – Regulamento Sanitário Internacional
SAM – Secretaria Administrativa do Mercosul
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAN – segurança alimentar e nutricional
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde
SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde do Ministério da Saúde
SGT – Subgrupo de Trabalho do GMC
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SIMM – Sistema Integrado de Informação Mais Médicos
Sisan – Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SMART – específicos, mensuráveis, alcançáveis, realistas e com prazo determinado (*Specific, Measurable, Assignable, Realistic and Time-related*)
SNFA – Serviço Nacional de Febre Amarela
STAG-AMR – Grupo Consultivo Estratégico e Técnico em resistência antimicrobiana (*Strategic and Technical Advisory Group on antimicrobial resistance*)
SUS – Sistema Único de Saúde
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
TARV – terapia antirretroviral
TDR – Programa Especial de Pesquisa e Ensino sobre Doenças Tropicais
TRIPS – Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (*Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*)
TSA – testes de sensibilidade aos antimicrobianos
UBS – Unidades Básicas de Saúde
Udelar – Universidad de la República (Uruguai)
UE – União Europeia
UEBMI – Seguro Médico Básico de Trabalhador Urbano da China (*Urban Employee Basic Medical Insurance*)
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/Aids
UNASUL – União de Nações Sul-Americanas
UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana
UNITAID – Central Internacional para a Compra de Medicamentos contra Aids, Malária e Tuberculose
UNMIH – Missão das Nações Unidas no Haiti (*United Nations Mission in Haiti*)
UNOPS – Escritório das Nações Unidas de Serviços para Projetos
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
URBMI – Seguro Médico Básico de Residente Urbano da China (*Urban Resident Basic Medical Insurance*)
URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
USAID – Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional (*United States Agency for International Development*)
WHA – Aliança Mundial contra as Hepatites (*World Hepatitis Alliance*)

Sumário

Prefácio	11
Apresentação	13
A SAÚDE NA AGENDA DA POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA	15
Breve histórico da assessoria internacional do Ministério da Saúde	17
<i>Igino Rodrigues Barbosa Filho</i>	
A Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde do Ministério da Saúde: temas e desafios	23
<i>Fabio Rocha Frederico</i>	
Saúde, política externa e diplomacia pública	37
<i>Bruno Pereira Rezende</i>	
A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE	73
Cooperação técnica e humanitária internacional e o protagonismo brasileiro na resposta regional e global ao HIV	75
<i>Mauro Teixeira de Figueiredo</i>	
Cooperação em saúde com países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP)	91
<i>Luciano Ávila Queiroz e Layana Costa Alves</i>	
Cooperação em saúde com o Haiti	111
<i>Douglas Valletta Luz</i>	
A concertação política e a cooperação em saúde no BRICS	149
<i>Eduardo Shiguelo Fujikawa</i>	
Brasil e China: cooperação em saúde e perspectivas	165
<i>Mariana Darvenne</i>	
A integração regional para o fortalecimento dos sistemas de saúde: o caso do Mercosul	185
<i>Wesley Lopes Kuhn e Sonia Maria Pereira Damasceno</i>	
O Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005) na agenda de cooperação em saúde do Mercosul e a emergência do vírus zika	201
<i>Barbara Frossard Pagotto</i>	
O Programa Mais Médicos e a cooperação trilateral Brasil-OPAS-Cuba para o fortalecimento da atenção básica no SUS	221
<i>Jorge Eliano Ramalho Filho e Anna Elisa Iung Lima</i>	

Saúde na fronteira Brasil-Uruguai e o Projeto de Cooperação Trilateral Brasil-Alemanha-Uruguai	243
<i>Rafael Gomes França</i>	
Cooperação humanitária em saúde	253
<i>Raquel Machado e Tatiane Lopes Ribeiro de Alcântara</i>	
A DIMENSÃO MULTILATERAL DA ATUAÇÃO BRASILEIRA EM SAÚDE	269
A Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA): a história rumo à atuação multilateral	271
<i>Índiara Meira Gonçalves</i>	
A atuação internacional do Ministério da Saúde no tema de acesso a medicamentos	283
<i>Roberta Vargas de Moraes</i>	
Resistência antimicrobiana: enfoque multilateral e resposta brasileira	307
<i>Tatiana Silva Estrela</i>	
O processo de acesso do Brasil à OCDE e as perspectivas para as discussões de saúde	329
<i>Rafaela Beatriz Moreira Batista</i>	
A Década de Ação para a Nutrição: compromissos, desafios e o fortalecimento da saúde na agenda de segurança alimentar e nutricional	351
<i>Lorenza Longhi</i>	

Prefácio

Os 20 anos da AISA no marco dos 30 anos do SUS

Ministro da Saúde

O ano de 2018 é um marco de celebração para o Ministério da Saúde e para o Brasil.

Celebramos os trinta anos do Sistema Único de Saúde (SUS), o maior sistema de saúde pública gratuito e universal do mundo. São trinta anos de conquistas, de permanentes desafios e, sobretudo, de orgulho por termos uma política pública solidária, participativa e igualitária, que reflete os anseios de nossa sociedade e é consagrada pela Constituição Federal. O SUS é um patrimônio do Estado e do povo brasileiro e revela a percepção nacional de que a saúde é um direito da população e é uma condição necessária ao desenvolvimento sustentável que tanto buscamos.

A Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA) comemora em 2018 seus vinte anos de existência. Não se trata, porém, de uma data comemorativa menor. Ao longo das últimas duas décadas, a AISA tem desempenhado função pública essencial, contribuindo não apenas para projetar internacionalmente os interesses do Ministério da Saúde e do Estado brasileiro em matéria de saúde, mas também para fortalecer, nacional e internacionalmente, princípios caros ao SUS, como a universalidade, a equidade e a integralidade da saúde.

A AISA conta, atualmente, com corpo técnico especializado e dedicado a atividades que incluem desde o assessoramento ao ministro da Saúde em temas internacionais até a atuação do Ministério em nível multilateral, em foros internacionais, em mecanismos de integração regional e de fronteira, bem como nas áreas de relacionamento bilateral com outros países e nas ações internacionais de cooperação técnica e humanitária em saúde.

Em estreita coordenação com o Ministério das Relações Exteriores, a atuação internacional do Ministério da Saúde tem contribuído para fortalecer a dimensão pública da política externa brasileira. Como política pública, a política externa busca refletir os anseios e as necessidades da população em busca do desenvolvimento sustentável em suas múltiplas dimensões. Na Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável, a saúde é considerada parte essencial para o alcance de diversos dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável ali estabelecidos, em caráter transversal. A saúde é, portanto, elemento fundamental para a conquista e a projeção global de valores caros ao Brasil e à nossa sociedade.

No âmbito multilateral, a AISA coordena a participação do Ministério da Saúde em mais de vinte organizações e mecanismos internacionais, além de acompanhar e monitorar mais de trinta tratados e acordos multilaterais que versam sobre temas com impacto

direto ou indireto na área de saúde. Ao promover, nos foros multilaterais, posições como a defesa obstinada do acesso a medicamentos como direito humano, por exemplo, o Brasil fortalece os princípios que norteiam o direito constitucional à saúde em nosso país. Consequentemente, nossas políticas nacionais nessa matéria também são fortalecidas.

Na área da cooperação técnica internacional, a AISA acompanha os projetos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, em parceria com outros países e organizações internacionais, em áreas diversas. Atualmente, conta com mais de cem projetos e atividades de cooperação em saúde em execução em todos os continentes, principalmente em áreas como a implantação de bancos de leite humano, a formação de recursos humanos, o fortalecimento da atenção básica, o enfrentamento ao HIV/aids e às hepatites virais, o fortalecimento da vigilância epidemiológica, a promoção da segurança alimentar e nutricional e a gestão em saúde. Por meio dos projetos de cooperação internacional realizados e acompanhados pelo Ministério da Saúde, verificamos não apenas a consagração de boas práticas nacionais como referências mundiais no domínio da saúde, mas também temos a oportunidade de aprender com o intercâmbio de experiências e aprimorar as políticas nacionais de saúde.

No campo da cooperação humanitária, a AISA também desempenha papel de destaque na articulação com o Ministério das Relações Exteriores para atendimento a demandas internacionais de doações de vacinas, medicamentos e insumos de saúde voltadas ao atendimento a situações de necessidade emergencial, tanto em outros países quanto no Brasil. Além do dever moral de auxiliar países e pessoas em situação de necessidades básicas de saúde, as ações de cooperação humanitária também reforçam o compromisso institucional do Brasil com a cooperação internacional. Somos, igualmente, beneficiados pelo espírito solidário de outros países parceiros que também enxergam a saúde como direito humano e nos auxiliam em situações emergenciais.

Os vinte anos da AISA revelam-se ocasião propícia para tornar públicas as conquistas já logradas e demonstrar como temos nos preparado para enfrentar os desafios à frente para o fortalecimento da saúde no nível global. Este livro tem o objetivo de apresentar algumas das áreas de atuação destacada da AISA ao longo de suas duas décadas de existência. Para além de trazer, de maneira inédita, informações sistematizadas sobre a atuação internacional do Brasil em matéria de saúde, esta obra cumpre, também, o papel de promover a transparência e o controle social de nossas ações, aproximando o Ministério da Saúde de estudiosos sobre o tema, da academia, da sociedade civil organizada e da população em geral.

Como políticas públicas, a saúde e a política externa cumprem a função social inexorável de traduzir, nos planos nacional e internacional, a visão de mundo compartilhada por nossa sociedade. O trabalho sério e comprometido realizado pela AISA ao longo dos últimos vinte anos é, certamente, peça fundamental para o fortalecimento tanto do protagonismo internacional do Brasil quanto da saúde pública em nosso país.

Apresentação

A Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA) completou seus vinte anos de criação em 2018, e a publicação *Saúde e Política Externa: os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018)* tem como alguns de seus objetivos apresentar um resgate histórico de ações realizadas nesse período, registrar aspectos práticos do trabalho da Assessoria, seus principais desafios, a multiplicidade e a amplitude de seus temas e a atuação do corpo técnico que tem contribuído para o aumento do protagonismo do Ministério da Saúde no cenário internacional.

A AISA é uma unidade organizacional institucionalmente ligada ao Gabinete do Ministro da Saúde, com competência para lidar com os temas internacionais de interesse do Ministério da Saúde e assessorar o ministro de Estado em questões afetas à seara internacional. O presente livro evidencia que a AISA tem se dedicado a temas estratégicos para o Ministério da Saúde e para o Brasil, contribuindo para o fortalecimento da política externa brasileira, para a defesa dos princípios que orientam o Sistema Único de Saúde e para a promoção de melhorias efetivas na saúde, dentro e fora do país.

Para desempenhar suas atividades, a AISA conta com um corpo de funcionários com grande experiência e de alto nível técnico, absolutamente consciente da importância de seu trabalho para o Ministério da Saúde, para o Brasil e para nossa sociedade. Cientes da importância do trabalho realizado pela AISA e da competência de seu corpo técnico, e diante da proximidade do ano em que se comemorariam os vinte anos da AISA e os trinta anos do SUS, propusemos, ao final de 2017, a elaboração de um livro comemorativo. A metodologia empregada foi a elaboração de artigos por profissionais diretamente envolvidos em atividades desenvolvidas no âmbito da Assessoria, imprimindo suas experiências pessoais e suas visões e avaliações técnicas aos artigos, o que, em nossa perspectiva, enriqueceu ainda mais a publicação. Os temas propostos não esgotam a atuação da Assessoria, mas dão importante panorama de parcela significativa de suas atividades.

Com o livro, buscamos, também, dar concretude a um desejo que tínhamos de aproximar as ações protagonizadas pelo Ministério da Saúde na agenda internacional com o mundo acadêmico. Em parceria com o professor Dr. Rodrigo Pires de Campos, do Instituto de Relações Internacionais da Universidade de Brasília (IREL/UnB), profissional de renomada dedicação a temas multilaterais, de cooperação internacional e de saúde global, foi proposta a realização de seminários, na disciplina de Política Internacional Contemporânea do curso de graduação em Relações Internacionais da UnB, ministrados pelos autores dos respectivos artigos. Os seminários foram realizados no período de 26 de março a 25 de junho de 2018. A iniciativa propiciou a concretização de nosso objetivo de fortalecer a integração entre governo e sociedade civil, cons-

truindo um diálogo profícuo entre o mundo acadêmico e a gestão de políticas públicas de saúde. Agradecemos os alunos pelo empenho e pela participação nos seminários, que representaram ocasião propícia para o diálogo sobre temas contemporâneos da saúde no Brasil e no mundo. Os seminários contribuíram, também, para promover reflexão sobre o processo de trabalho na AISA e sobre a atuação do Ministério da Saúde no âmbito internacional. As versões finais dos textos foram revisadas com base nas considerações e nos debates realizados durante as apresentações dos seminários.

A publicação desta obra representa muito mais do que a edição de um livro comemorativo. Pretendemos instigar a pesquisa e o conhecimento sobre a relação entre a saúde e a política externa e aprimorar as atividades desenvolvidas pela AISA. Esperamos que a multiplicidade dos temas escolhidos contribua para despertar maior interesse pela política externa brasileira em matéria de saúde pelos mais diversos públicos de leitores. Buscamos, assim, fortalecer o compromisso institucional com a transparência, o controle social e a disponibilização de informações ao público interessado, contribuindo, dessa maneira, para o próprio fortalecimento da Assessoria. Desejamos, também, que essa iniciativa possa ensejar outras oportunidades de aproximação entre a AISA e a sociedade civil, fortalecendo laços entre a formulação e a execução da política externa brasileira em matéria de saúde, por um lado, e a sociedade nacional, por outro, em efetiva expressão daquilo que se entende como uma política pública.

**A SAÚDE NA AGENDA
DA POLÍTICA
EXTERNA BRASILEIRA**

Breve histórico da assessoria internacional do Ministério da Saúde

Igino Rodrigues Barbosa Filho¹

Resumo

O presente artigo contextualiza a atuação internacional em saúde do Brasil e apresenta as estruturas que se dedicaram ao tema no Ministério da Saúde, desde a sua criação. A Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA) desponta como a mais longeva estrutura entre as analisadas. Sua manutenção e seu fortalecimento institucional contribuem, de maneira central, para o êxito da atuação internacional do Ministério da Saúde e para a consecução de interesses fundamentais da saúde pública e da política externa brasileiras.

Palavras-chave: Política externa brasileira. Saúde. Ministério da Saúde. Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde. Histórico.

A Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA) criada em 1998, é a estrutura responsável pelos temas internacionais de interesse do Ministério da Saúde, por meio da elaboração das diretrizes, da coordenação de posições ou ainda por meio da implementação da política internacional do Ministério da Saúde. A AISA prepara a posição brasileira sobre temas de saúde no âmbito internacional, sempre em sintonia com orientações da política externa do Brasil e em articulação com as áreas do Ministério da Saúde que detêm o conhecimento técnico sobre os mais variados temas, além de realizar o assessoramento ao ministro de Estado da Saúde em temas internacionais.

As duas décadas de existência da AISA representam importante experiência – embora relativamente recente – da história das relações internacionais em saúde do Brasil. Essa história, contudo, começa décadas antes da criação da AISA, em 1998. No Brasil, desde os anos 1950, quase sempre existiu uma unidade do Ministério da Saúde dedicada a temas internacionais. Essa estrutura, no entanto, sofreu frequentes alterações institucionais em razão tanto de transformações internas do Ministério quanto de modificações concernentes à administração do Executivo federal em geral.

Vários autores remetem o início da cooperação sanitária internacional ao século XIX, motivada pela preocupação com questões de higiene, contenção de epidemias e tecnologias de transporte (ALMEIDA et al., 2010; CHAVES, 2013; LIMA, 2002; PIRES-

¹ Bacharel em Administração de Empresas pela Universidade do Distrito Federal. Agente administrativo do Ministério da Saúde, ocupa atualmente o cargo de assessor técnico da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde. Ingressou em 1978 na antiga Coordenação de Assuntos Internacionais de Saúde (CAIS) e, desde então, trabalhou em todas as áreas apresentadas no presente artigo.

ALVES et al., 2012). A Primeira Conferência Sanitária Internacional ocorreu em 1851, em Paris, e é um marco das relações internacionais em saúde. São, também, marcos dessa trajetória a criação, em 1902, da Repartição Sanitária Pan-Americana – que viria a tornar-se a atual Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) – e a criação, em 1948, da Organização Mundial da Saúde (OMS).

No Brasil, a participação em conferências internacionais relacionadas a temas de saúde remonta ao Segundo Império – com destaque para o comparecimento brasileiro a dois congressos sanitários latino-americanos ocorridos na segunda metade do século XIX: em Montevideú, em 1873, e no Rio de Janeiro, em 1887, nas duas ocasiões com a participação de representantes do Império do Brasil e das Repúblicas do Uruguai e da Argentina (CHAVES, 2013). Embora a participação brasileira nos principais fóruns internacionais de temas de saúde – como o Escritório Internacional de Higiene Pública (OIHP, sigla em francês), a Organização da Saúde da Liga das Nações, a OPAS e a OMS – tenha continuado, foi somente na década de 1950 que foi criada uma estrutura para coordenação do tema no governo brasileiro, ainda anterior à criação do Ministério da Saúde. A Comissão de Saúde Internacional foi criada no então Ministério da Educação e Saúde, por meio da portaria nº 94, de 20 de abril de 1950, composta por funcionários do próprio órgão².

O Ministério da Saúde, como atualmente conhecido, foi criado apenas em 25 de julho de 1953, por meio da Lei nº 1.920, separando a pasta do Ministério da Educação e Cultura, também criado nessa ocasião (BRASIL, 1953). Embora a lei de criação do Ministério da Saúde não tenha instituído estrutura dedicada a temas internacionais, foram indicados, por meio da Portaria nº 101, de 26 de fevereiro de 1954, novos membros da Comissão de Saúde Internacional, o que indica que houve continuidade às ações da Comissão criada no anterior Ministério da Educação e Saúde (GAUDÊNCIO, 2014).

Em 1964, o Decreto nº 55.041 criou, no Ministério da Saúde, a Comissão de Assuntos Internacionais (CAI) para assessoramento ao ministro da Saúde, por meio de deliberação coletiva (BRASIL, 1964). A CAI era composta pelos diretores nacionais do ministério e por representantes da OMS, da OPAS e do Ministério das Relações Exteriores. Em 1969, o decreto nº 65.253 transformou a comissão em coordenação, com a instituição da Coordenação de Assuntos Internacionais, mantendo-se a mesma sigla, CAI, sem caráter deliberativo (BRASIL, 1969). Com o Decreto nº 66.623, de 1970, a CAI transformou-se em Coordenação de Assuntos Internacionais de Saúde (CAIS), como “órgão de apoio internacional”, vinculada à então chamada Secretaria-Geral³ do Ministério da Saúde, com perfil mais administrativo, que teria a competência de “asses-

² Antes da Comissão, existiu, ainda no Ministério da Educação e Saúde, a Diretoria de Defesa Sanitária Internacional e da Capital da República, para a tarefa de inspetoria de portos e aeroportos, extinta em 1937, quando foi instituído o Serviço Antivenéreo das Fronteiras (GAUDÊNCIO, 2014).

³ Atualmente chamada Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde.

sorar o Ministério em matéria concernente a projetos ou programas que tenham a participação técnica ou financeira de entidades estrangeiras ou internacionais” (BRASIL, 1970).

Em 1977, o Decreto nº 81.141 transformou a CAIS em órgão de assistência direta e imediata ao ministro de Estado, para “promover, coordenar, acompanhar e avaliar a cooperação técnica, na área da saúde, com os organismos internacionais, governos ou entidades estrangeiras”, alterando sua denominação para ‘Coordenadoria’ de Assuntos Internacionais de Saúde e mantendo mesma sigla (BRASIL, 1977). A Portaria nº 83, de 20 de fevereiro de 1978, retomou à CAIS a atribuição de assessoramento na tomada de decisão (GAUDÊNCIO, 2014). A CAIS representou uma maior organização do Ministério da Saúde para acompanhar institucionalmente temas internacionais de seu interesse (TAPAJÓS, 2014).

Ao longo de toda a década de 1980, a CAIS manteve sua estrutura inalterada. Em 21 de março de 1990, no contexto da reforma administrativa empreendida pelo governo Fernando Collor (1990-1992), todas as áreas internacionais dos ministérios foram extintas por meio da Medida Provisória nº 150, inclusive a CAIS. Como então disposto pelo artigo 27, “[s]ão extintos [...] VI - as Secretarias-Gerais e as atuais Secretarias ou Assessorias Internacionais dos Ministérios Cíveis ou órgãos equivalentes da Presidência da República” (BRASIL, 1990).

Apesar dessa reorganização institucional, projetos já iniciados ou que estavam por iniciar, solicitações internacionais de interesse do Ministério da Saúde e trâmites administrativos relacionados a temáticas internacionais continuaram a gerar demandas de trabalho. Fez-se necessário, nesse contexto, o estabelecimento de arranjos informais para dar seguimento aos compromissos assumidos e às demandas relacionadas ao âmbito internacional. Para isso, foi nomeado um assessor especial do ministro da Saúde que passou a ocupar-se de temas internacionais, dando-se seguimento ao trabalho que até então era desempenhado pela CAIS, embora sem a constituição de uma unidade formalmente responsável pelo tema na estrutura institucional do ministério. Essa situação perdurou até a criação da Coordenação-Geral de Assuntos Especiais de Saúde (CAESA), por meio da Portaria GM nº 382, de 03 de maio de 1991. Ligada ao Gabinete do Ministro, a CAESA, embora não tivesse a competência internacional formalmente, encarregou-se de acompanhar o tema – o que fica explícito na Portaria nº 1.157, de 9 novembro de 1992, que criou o Conselho de Coordenação dos Projetos Internacionais e atribuiu à CAESA a Secretaria Executiva do Conselho (GAUDÊNCIO, 2014).

Em julho de 1993, a Portaria GM nº 778 transformou a CAESA na Assessoria de Assuntos Especiais de Saúde (AESA), ligada ao Gabinete do Ministro. Apesar disso, por um ano, entre setembro de 1993 e setembro de 1994, a AESA esteve ligada à Secretaria Executiva do Ministério (TAPAJÓS, 2014). A partir de 1995, a chefia da AESA passou

a ser exercida por diplomatas de carreira⁴, facilitando a interação entre a atuação internacional do Ministério da Saúde e o Ministério das Relações Exteriores.

Em 1998, o Ministério da Saúde passou por mais uma reestruturação institucional, no âmbito da qual foi criada a Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA) pelo Decreto nº 2.477, de 28 de janeiro de 1998, denominação mantida até os dias atuais.

Ao longo das últimas duas décadas, a AISA tem acompanhado temas extremamente relevantes ao Ministério da Saúde e ao Brasil: os medicamentos genéricos e a defesa do licenciamento compulsório como instrumento válido para a promoção do acesso à saúde, o protagonismo brasileiro na resposta regional e global ao HIV, a cooperação técnica entre países em desenvolvimento, o apoio à integração regional no âmbito do Mercosul, e de outros mecanismos de integração, o apoio à cooperação do Programa Mais Médicos, a participação em fóruns multilaterais, o acompanhamento do Regulamento Sanitário Internacional, o combate ao tabaco, entre vários outros temas, muitos dos quais representam importantes conquistas da sociedade e da saúde pública brasileiras.

Aos vinte anos, a AISA já é a estrutura mais longa encarregada de temas internacionais na história do Ministério da Saúde. Sua manutenção e seu fortalecimento institucional contribuem, de maneira central, para o êxito da atuação internacional do Ministério da Saúde e para a consecução de interesses fundamentais da saúde pública e da política externa brasileiras.

Referências

ALMEIDA, C. et al. **A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”**. RECIIS [Internet]. 31 mar. 2010. Disponível em: <www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/343/527>. Acesso em: 10 jan. 2017.

BRASIL. Decreto-Lei nº 1.975, de 23 de janeiro de 1940. Estabelece o regime administrativo do Serviço Nacional de Febre Amarela. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 jan. 1940. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decllei/1940-1949/decreto-lei-1975-23-janeiro-1940-411957-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 27 fev. 2018.

_____. **Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953**. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L1920.htm>. Acesso em: 27 fev. 2018.

⁴ Desde 1995, à exceção do período entre abril de 2012 e junho de 2016, a assessoria internacional do Ministério da Saúde tem sido chefiada por diplomatas de carreira.

_____. **Decreto nº 55.041, de 19 de novembro de 1964.** Institui, no Ministério da Saúde, a Comissão de Assuntos Internacionais. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-55041-19-novembro-1964-395355-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 27 fev. 2018.

_____. **Decreto nº 65.253, de 1º de outubro de 1969.** Dispõe sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-65253-1-outubro-1969-406648-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 27 fev. 2018.

_____. **Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970.** Dispõe sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-66623-22-maio-1970-408086-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 27 fev. 2018.

_____. **Decreto nº 81.141, de 30 de dezembro de 1977.** Altera o Decreto nº 79.056, de 30 de dezembro de 1976, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-81141-30-dezembro-1977-430453-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 27 fev. 2018.

_____. **Medida Provisória nº 150, de 15 de março de 1990.** Convertida na Lei nº 8.028, de 1990. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/1990-1995/150.htm>. Acesso em: 27 fev. 2018.

_____. **Decreto nº 2.477, de 28 de janeiro de 1998.** Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d2477.htm>. Acesso em: 27 fev. 2018.

CHAVES, Cleide de Lima. **Poder e saúde na América do Sul: os congressos sanitários internacionais, 1870-1889.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, abr./jun. 2013, p. 411-434.

GAUDÊNCIO, Sérgio Alexandre. **Contextos para definição de competências profissionais aos que atuam na área internacional da saúde.** Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

LIMA, Nísia Trindade. **O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões.** In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 24-116. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/7512/1/Cap1_Brasil_OPAS_historia_3_dimensoes_Nisia_Trindade_Lima.pdf>. Acesso em: 30 maio 2018.

PIRES-ALVES, Fernando A.; PAIVA, Carlos Henrique Assunção; SANTANA, José Paranaçu. A internacionalização da saúde: elementos contextuais e marcos institucionais da cooperação brasileira. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 32, n. 6, p. 444-450, 2012.

TAPAJÓS, Ana Maria. **Relações Internacionais de Saúde – Perspectiva histórica.** 2014. Disponível em: <<http://portalquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/27/Relacoes-Internacionais-de-Saude-Perspectivas-Historica.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2017.

A Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde do Ministério da Saúde: temas e desafios

Fabio Rocha Frederico¹

Resumo

O artigo procura apresentar os principais temas, atribuições e desafios da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde do Ministério da Saúde (AISA), destacando a importância crescente da área da saúde na esfera internacional e enfatizando aspectos práticos do trabalho da Assessoria. A atuação rotineira da AISA enfrenta significativos desafios, especialmente em razão da multiplicidade, da amplitude e da complexidade de seus temas e atribuições, da quantidade e diversidade de seus interlocutores e das atuais características do cenário internacional.

Palavras-chave: Política externa brasileira. Saúde. Ministério da Saúde. Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde.

1 A AISA e o cenário internacional na área de saúde

A Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde do Ministério da Saúde (AISA) é a unidade responsável pela condução dos temas internacionais no Ministério. Desde a criação da AISA, em 1998², os temas de saúde ganharam ainda mais importância no cenário internacional, e as atribuições da Assessoria também cresceram em volume e complexidade.

Nas últimas décadas, a área de saúde adquiriu significativa proeminência como tema de política externa. Como avalia Fidler (2007), a saúde tornou-se tema importante em todas as principais funções da atuação externa do Estado: o fomento ao desenvolvimento econômico; a promoção da segurança; a defesa da estabilidade da ordem internacional; e o apoio à dignidade humana, incluindo o fornecimento de assistência humanitária. Desse modo, a área de saúde é cada vez mais importante para a consecução dos objetivos e dos interesses do Estado no cenário internacional (FIDLER, 2007).

Há diversas razões para o aumento da importância da área de saúde em cada uma dessas funções, a maior parte das quais relacionadas à intensificação do fenôme-

¹ Diplomata de carreira desde 2002, graduado em História pela Universidade de São Paulo e em Direito pela Universidade Mackenzie, é mestre em Relações Internacionais pela Universidade de São Paulo e mestre em Diplomacia pelo Instituto Rio Branco. É assessor internacional do Ministro da Saúde desde junho de 2016. As opiniões emitidas no texto são de inteira responsabilidade do autor e não refletem, necessariamente, posições do Ministério das Relações Exteriores, do Ministério da Saúde ou do governo brasileiro.

² Ver, a esse respeito, artigo “Breve histórico da assessoria internacional do Ministério da Saúde”, de Igino Rodrigues Barbosa Filho.

no da globalização (CUETO, 2015). Entre elas, estão o trânsito massivo de viajantes e imigrantes, o incremento do intercâmbio de bens, a emergência de novas doenças e o crescimento do complexo industrial da saúde.

O complexo industrial na área de saúde é um dos maiores do mundo, sendo comparável apenas aos setores de armamentos e petróleo. Nos Estados Unidos, por exemplo, o setor de saúde é o maior do país em termos de receita. As implicações econômicas da área de saúde são ainda maiores, tendo em vista, por exemplo, que decisões e regulamentos do setor podem ter impacto significativo em outros ramos da economia, como a indústria de tabaco e o setor alimentício. Além disso, em muitos países, incluindo o Brasil, a estratégia de desenvolvimento do setor é parte fundamental do conjunto da política industrial do país.

Refletindo a importância econômica cada vez maior da saúde, organismos, foros e instituições de natureza primordialmente econômica têm atuado de forma cada vez mais intensa no setor, como o Banco Mundial, a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE)³ e o G20.

A intensificação das interconexões, tanto da agenda econômica internacional quanto do setor de segurança, com a área de saúde é particularmente desafiadora para a atuação internacional do Ministério da Saúde, tradicionalmente orientada pela defesa da saúde como um direito humano fundamental, que se sobrepõe a considerações de ordem econômica ou de segurança. Em contraste, no atual cenário, o incremento do fluxo de imigrantes e o surgimento de novas doenças, em particular, fortalecem uma percepção cada vez mais comum, sobretudo entre os países desenvolvidos, de que questões de saúde devem ser tratadas sob um viés de segurança.

A importância crescente da saúde foi acompanhada por um processo de fragmentação e progressiva complexidade do setor na arena internacional. Nas últimas duas décadas, a AISA tem operado em um cenário marcado pela multiplicação de atores, com o surgimento de organizações não governamentais (ONGs) transnacionais, parcerias público-privadas e iniciativas globais, além do aumento do número de organismos regionais e sub-regionais, muitas vezes criando camadas sobrepostas de integração, no âmbito dos quais a temática de saúde também tem ganhado progressiva importância.

Nesse cenário, a AISA mantém, no plano nacional, permanente diálogo com diversos atores, governamentais e não governamentais, fundamentais para a execução exitosa da política externa brasileira na área de saúde. Em primeiro lugar, a Assessoria realiza coordenação com as áreas técnicas do Ministério da Saúde, que detêm o conhecimento substantivos dos temas, em muitos casos altamente especializados, para definição de posicionamentos e prioridades para atuação externa do Brasil. Entre as unidades

³ Ver, a esse respeito, o artigo “O processo de acesso do Brasil à OCDE e as perspectivas da participação nas discussões de saúde”, de Rafaela Beatriz Moreira Batista.

do Ministério da Saúde com maior interlocução com a AISA para as ações internacionais, destacam-se, por exemplo, o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), o Departamento de Atenção Básica (DAB), o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), o Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS), o Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS), o Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis (DEVIT), e o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais⁴ (DIAHV).

Além disso, a AISA também trabalha em estreita coordenação com entidades vinculadas ao Ministério da Saúde, que também possuem conhecimento técnico especializado de seus temas e, em muitos casos, atuação internacional própria. Entre as principais instituições vinculadas com as quais a AISA mantém diálogo frequente para coordenação de posições e estabelecimento de ações de cooperação internacional, estão a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o Instituto Nacional de Cardiologia (INC), a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

O diálogo com representantes de organizações não governamentais, organismos internacionais, fundações e programas multilaterais com atuação na área de saúde é, também, frequente. Em temáticas como o enfrentamento às doenças não transmissíveis, o controle do tabaco, a promoção da saúde, a segurança alimentar e nutricional⁵, entre várias outras, há enorme diversidade de atores nacionais e internacionais envolvidos, com agendas e atuações variadas. Cabe à AISA realizar o contato do Ministério da Saúde com essas instituições, com vistas a subsidiar a elaboração de posições nacionais e promover ações de cooperação de interesse para o país.

Para além da área da saúde, a AISA atua em articulação e contato permanente com outros atores do governo brasileiro, em especial com o Ministério das Relações Exteriores e com a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), para definição de posicionamentos e estratégias e implementação de ações internacionais relacionadas à saúde. Também são parceiros frequentes outros ministérios do Governo federal, como o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), em temas relacionados à segurança alimentar e nutricional; o Ministério do Meio Ambiente (MMA), como na questão de gerenciamento de resíduos químicos e saúde ambiental; e o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA), para temas relacionados à coordenação intermi-

⁴ Ver, a esse respeito, o artigo “Cooperação técnica e humanitária internacional e o protagonismo brasileiro na resposta regional e global ao HIV”, de Mauro Teixeira de Figueiredo.

⁵ Ver, a esse respeito, o artigo “A Década de Ação para a Nutrição: compromissos, desafios e o fortalecimento da saúde na agenda de segurança alimentar e nutricional”, de Lorenza Longhi.

nisterial sobre o combate ao tabagismo e à resistência antimicrobiana⁶, por exemplo. Em muitos casos, esses atores possuem perspectivas diferentes do Ministério da Saúde e, em algumas ocasiões, até mesmo interesses divergentes. Nessas circunstâncias, a compatibilização de posições para a formação de consensos e a construção do posicionamento do Governo brasileiro faz parte das atribuições cotidianas da Assessoria. A atuação da AISA, desse modo, reside não no domínio pleno de todos os temas relativos à área de saúde, mas na capacidade de dialogar e coordenar-se com os diversos atores relevantes, dentro e fora do Ministério da Saúde, com vistas a identificar e perseguir os interesses internacionais do Brasil nessa área.

Em resumo, o principal objetivo da AISA reside na formulação das diretrizes, na coordenação e na execução das ações internacionais do Ministério da Saúde, em permanente articulação com outras áreas do Ministério, com entidades vinculadas e com outros organismos do governo brasileiro e em diálogo frequente com outros países, com instituições internacionais e com a sociedade civil organizada, agindo em consonância com as diretrizes e os objetivos da política externa nacional.

2 Temas e atribuições

Os temas e as áreas de atuação da AISA são múltiplos e entrelaçados, de difícil enquadramento em esquemas ou representações simplificadas. Com essa ressalva, é possível dividir as atribuições da AISA em sete grupos temáticos básicos.

2.1 Atuação bilateral

A AISA coordena as relações bilaterais do Brasil na área de saúde, em permanente interlocução com o Ministério das Relações Exteriores. Nos últimos dois anos, uma das prioridades da AISA foi a intensificação das relações bilaterais, em torno, especialmente, do desenvolvimento de projetos e atividades concretas de cooperação na área de saúde, mutuamente benéficas e eficientes, tanto do ponto de vista financeiro quanto dos recursos humanos empregados.

Os projetos de cooperação geram benefícios significativos não apenas para os países que “recebem” a cooperação, mas também para aqueles que se propõem a “oferecê-la”. Na prática, referir-se ao país que “presta” ou “recebe” a cooperação soa simplista. Trata-se, afinal, de troca de ganhos mútuos. Os profissionais envolvidos têm a oportunidade de aprimorar-se, conhecendo outras realidades e desafios, refletindo sobre sua própria atuação, testando soluções e antecipando dificuldades. A natureza mutuamen-

⁶ Ver, a esse respeito, o artigo “Resistência antimicrobiana: enfoque multilateral e resposta brasileira”, de Tatiana Silva Estrela.

te benéfica da cooperação é ainda mais evidente na cooperação Sul-Sul, que se refere àquela conduzida entre países em desenvolvimento e permite troca de experiências e conhecimentos ainda mais intensa.

No contexto da cooperação Sul-Sul, em particular, a imagem positiva do Sistema Único de Saúde (SUS) e de alguns programas nacionais, como os de controle do HIV/aids, de enfrentamento ao tabagismo e de aleitamento materno⁷, bem como o reconhecimento internacional sobre a competência e o profissionalismo dos profissionais brasileiros nessas e em outras matérias de saúde, incentivam a demanda internacional por cooperação do Brasil (BUSS, 2018).

A AISA participa, atualmente, com diferentes níveis de comprometimento de recursos financeiros e humanos, em mais de cem projetos ou atividades de cooperação, especialmente com países da América Latina e da África e quase sempre em parceria com as áreas técnicas do Ministério da Saúde.

Em consonância com a política externa brasileira, na área da saúde são prioritárias as relações com os países da América do Sul, reforçadas pelos desafios comuns nas áreas de fronteira⁸. O Brasil mantém 16 mecanismos bilaterais de trabalho em saúde na fronteira, entre comissões, subcomissões, comitês e grupos de trabalho, vinculados a comissões de vizinhança ou derivados de acordos bilaterais específicos. Nas regiões fronteiriças, o Ministério da Saúde promove, entre outros, projetos para a construção e renovação de postos de atenção básica, atividades de capacitação de profissionais de saúde, campanhas de vacinação conjunta e doação de insumos de saúde.

Nas regiões de fronteira, é fundamental a coordenação eficiente entre os Ministérios da Saúde dos países envolvidos e outros entes subnacionais, tendo em vista a importância do tema para as populações da maior parte das regiões fronteiriças brasileiras, com o intenso intercâmbio de profissionais da área de saúde, de pessoas em busca de serviços de saúde e de bens, serviços e turistas de modo geral, implicando diversos desafios de vigilância sanitária. Nas áreas fronteiriças, no entanto, os desafios para a atuação da AISA são particularmente complexos, envolvendo dificuldades decorrentes da articulação entre dois ou mais sistemas nacionais de saúde diferentes – com regimes legais e normativos distintos nos domínios sanitário, aduaneiro, alfandegário, etc. –, da coordenação com estados e municípios, das eventuais carências logísticas, entre outras.

Além dos vizinhos sul-americanos, também em consonância com a política externa brasileira, intensificaram-se, ao longo da última década, as relações na área de saúde com países da América Central e do Caribe, especialmente com o Haiti⁹. Juntamente com Moçambique, o Haiti, pelo alcance e pela quantidade de projetos em vigor, é um

⁷ Ver, a esse respeito, o artigo “Saúde, política externa e diplomacia pública”, de Bruno Pereira Rezende.

⁸ Ver, a esse respeito, o artigo “Saúde na fronteira Brasil-Uruguaí e o Projeto de Cooperação Trilateral Brasil-Alemanha-Uruguaí”, de Rafael Gomes França.

⁹ Ver, a esse respeito, o artigo “Cooperação em saúde com o Haiti”, de Douglas Valletta Luz.

dos principais parceiros da cooperação brasileira em saúde atualmente. Na América Central, também se destacam El Salvador e Honduras, países com os quais o Brasil desenvolveu parcerias nas áreas de banco de leite humano e fortalecimento do sistema de sangue e hemoderivados, entre outras.

Os países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP), bilateralmente ou no âmbito da CPLP, também são parceiros importantes¹⁰, e, além de Moçambique, o Brasil mantém projetos significativos na área de saúde com Angola, Cabo Verde e São Tomé e Príncipe. As principais áreas de cooperação com os PALOP são a instalação de bancos de leite humano, a prevenção e o controle de câncer, o combate ao HIV/aids e a segurança alimentar e nutricional. Na região, são destaques o projeto de instalação da fábrica de medicamentos em Moçambique, o maior projeto de cooperação já desenvolvido pelo governo brasileiro, e o projeto de estruturação de laboratório para o diagnóstico e tratamento da tuberculose em São Tomé e Príncipe, inaugurado em 2018.

Nos últimos anos, a AISA tem procurado impulsionar as relações na área da saúde com os países do BRICS, especialmente com a China¹¹ e a Índia, tanto bilateralmente quanto no contexto do mecanismo¹².

Além do fortalecimento dos laços com parceiros tradicionais como os Estados Unidos, França e Reino Unido, a AISA tem buscado, ainda, intensificar as relações e estabelecer projetos concretos de cooperação com alguns países desenvolvidos particularmente avançados em alguns setores, como Austrália, Canadá e Dinamarca.

Em linhas gerais, além do destaque no conjunto dos programas de cooperação da ABC, os temas de saúde também têm ocupado papel de importância crescente na política externa brasileira, contribuindo, em algumas ocasiões, de maneira fundamental para a manutenção ou a busca de aprofundamento das relações bilaterais com determinados países. Nos últimos dois anos, destaque-se, por exemplo, a importância do Programa Mais Médicos nas relações com Cuba¹³, dos esforços de cooperação humanitária na área de saúde nos contatos com a Venezuela, ou das doações brasileiras de insumos e medicamento no contexto da guerra civil síria.

O Ministério da Saúde, além disso, executa ações de cooperação humanitária a países em situações emergenciais decorrentes de catástrofes naturais, conflitos armados ou desabastecimento momentâneo, na maior parte das vezes por intermédio da doação

¹⁰ Ver, a esse respeito, o artigo “Cooperação em saúde com países africanos de língua oficial portuguesa”, de Luciano Ávila Queiroz e Layana Costa Alves.

¹¹ Ver, a esse respeito, o artigo “Brasil e China: cooperação em saúde e perspectivas”, de Mariana Darvenne”

¹² Ver, a esse respeito, o artigo “A concertação política e a cooperação em saúde no BRICS”, de Eduardo Shigueo Fujikawa.

¹³ Ver, a esse respeito, o artigo “O Programa Mais Médicos e a cooperação trilateral Brasil-OPAS-Cuba para o fortalecimento da atenção básica no SUS”, de Anna Elisa Lung Lima e Jorge Eliano Ramalho Filho.

de medicamento ou insumos de saúde¹⁴. Novamente, os principais parceiros receptores são os países da América do Sul e da África.

O Brasil também recebe número significativo de doações, que contribuem, por exemplo, para atenuar problemas emergenciais de fornecimento de medicamentos ou riscos de desabastecimento diante de circunstâncias imprevistas. Entre junho de 2016 e o início de 2018, o Brasil realizou 46 doações internacionais de medicamentos e recebeu 28, a maior parte delas com o apoio de países latino-americanos e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS).

2.2 Atuação em organismos multilaterais e regionais

A AISA coordena a participação do Ministério da Saúde em diversos organismos multilaterais e regionais na área de saúde, promovendo os interesses nacionais nos diferentes agrupamentos. Na esfera multilateral¹⁵, os principais organismos especializados em saúde são a Organização Mundial da Saúde (OMS), com sede em Genebra, e seu braço regional, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com sede em Washington. Os principais órgãos de governança da OMS são o Conselho Executivo e a Assembleia Mundial da Saúde – a qual reúne todos os membros da organização –, e, no plano regional, os principais órgãos da OPAS são o Comitê Executivo e a Conferência Sanitária Pan-Americana – a qual, igualmente, congrega todos os Estados membros.

Criada em abril de 1948 e subordinada à Organização das Nações Unidas (ONU), a OMS é o principal foro de governança global na área da saúde. No âmbito da OMS, são definidas as diretrizes e a normativa internacional do setor. A AISA mantém estreita coordenação com as áreas do Ministério da Saúde responsáveis pelos mais diversos temas tratados no âmbito da OMS e com o Ministério das Relações Exteriores para a definição das posições brasileiras e para a promoção dos interesses nacionais no organismo. O Brasil, de maneira especial ao longo das últimas três décadas, mantém alto perfil de atuação nas duas organizações, em linha com a defesa do multilateralismo no sistema internacional. Em maio de 2018, por exemplo, o Brasil passou a ocupar, simultaneamente, a presidência do Conselho Executivo da OMS e a vice-presidência do Comitê Executivo da OPAS.

A AISA, igualmente, participa, em conjunto com outras áreas do Ministério da Saúde, de discussões multilaterais sobre outros aspectos do sistema internacional, como normas de propriedade intelectual e regras de patentes, tanto no marco de organismos

¹⁴ Ver, a esse respeito, o artigo “Cooperação humanitária em saúde”, de Raquel Machado e Tatiane Lopes Ribeiro de Alcântara.

¹⁵ Ver, a esse respeito, o artigo “A Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA): a história rumo à atuação multilateral”, de Indiara Meira Gonçalves.

multilaterais¹⁶ como no âmbito de negociações comerciais, como nas atuais tratativas entre o Mercosul e outros blocos e países, a exemplo das iniciativas, em diferentes estágios de negociação, com a União Europeia, a Associação Europeia de Livre Comércio (EFTA) e o Canadá.

A AISA também é responsável pela coordenação da participação brasileira na área de saúde em diversas organizações regionais e mecanismos de concertação, entre as quais o Mercosul¹⁷, a União de Nações Sul-Americanas (UNASUL), a Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA), a Organização Ibero-Americana, a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) e o BRICS. Recentemente, sob a liderança do governo alemão, também foi criado grupo na área de saúde no âmbito do G20, com sua primeira reunião ministerial realizada em Berlim, em maio de 2017.

A organização dos encontros ministeriais no âmbito dos organismos regionais ou dos mecanismos internacionais é responsabilidade do país que exerce sua presidência *pro tempore* (PPT). Nesse caso, em coordenação com o MRE, a AISA é responsável por organizar a PPT brasileira na área de saúde, o que inclui a realização dos encontros ministeriais, além das reuniões técnicas e de altos funcionários, o que implica significativa demanda de recursos humanos e financeiros. Além disso, com a multiplicação de organismos regionais com presença brasileira, é comum o acúmulo de PPTs. No segundo semestre de 2017, por exemplo, o Brasil acumulou as PPTs da CPLP e do Mercosul, e a AISA organizou as reuniões de ministros da saúde da CPLP, em Brasília, em outubro, e do Mercosul, na cidade de Foz do Iguaçu, em dezembro. Do mesmo modo, no segundo semestre de 2019, o Brasil deverá acumular as PPTs do BRICS, da UNASUL e do Mercosul. A sobreposição de PPTs sobrecarrega as unidades técnicas envolvidas e dificulta sua condução mesmo por um país com corpo técnico especializado em saúde internacional, como no caso do Brasil, razão pela qual se faz necessário realizar esforço de planejamento adequado para a obtenção de resultados satisfatórios.

Nos últimos dois anos, além de priorizar a elaboração de projetos e atividades de cooperação no âmbito dos próprios organismos regionais, a AISA também promoveu maior coordenação dos mecanismos de integração no âmbito dos foros multilaterais, especialmente com os países do BRICS e da CPLP, além de estimular a já tradicional articulação com os vizinhos latino-americanos.

A presença ativa do Brasil nos foros multilaterais de saúde é fundamental para garantir que decisões e normas internacionais estejam em consonância com os princípios do SUS, em particular o acesso universal, a integralidade da saúde e a participação

¹⁶ Ver, a esse respeito, o artigo “A atuação internacional do Ministério da Saúde no tema de acesso a medicamentos”, de Roberta Vargas de Moraes.

¹⁷ Ver, a esse respeito, o artigo “A integração regional para o fortalecimento dos sistemas de saúde: o caso do Mercosul”, de Wesley Lopes Kuhn e Sonia Maria Pereira Damasceno.

social, elementos caros à concepção da saúde como direito constitucional no Brasil que se veem refletidos na atuação internacional do país nessa matéria.

2.3 Organizações internacionais

Além da atuação multilateral, especialmente no âmbito da OMS e da OPAS, a AISA mantém intensa interlocução com organismos e iniciativas internacionais na área de saúde. Diferentemente da atuação multilateral já descrita, que enfatiza o diálogo e a negociação realizada com governos, a interlocução com iniciativas e organismos internacionais se dá diretamente com uma estrutura burocrática própria, não estatal, que possui características e interesses distintos.

Nesse âmbito, os principais interlocutores da AISA são organizações ligadas ao sistema ONU. A intensificação da globalização e a natureza multissetorial dos temas da área de saúde, bem como a amplitude de suas ações, levaram, também, a maior engajamento do Ministério da Saúde com organizações do sistema ONU que não tratam especificamente de saúde. Além da OMS e da OPAS, os principais interlocutores da AISA no âmbito das Nações Unidas são o Escritório das Nações Unidas de Serviços para Projetos (UNOPS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e o Programa Mundial de Alimentos (PMA).

No contexto do sistema ONU e mesmo no âmbito da OMS, existem diversas iniciativas setoriais nas quais o Ministério da Saúde também mantém atuação constante. Entre elas, incluem-se a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), a Parceria Global de Pesquisa e Desenvolvimento de Antibióticos (GARDP), a Parceria Stop TB e o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS).

Especialmente nas últimas duas décadas, o número de iniciativas internacionais na área de saúde, muitas delas voltadas a temas específicos, sofreu considerável expansão. A AISA mantém intenso diálogo com várias dessas iniciativas, muitas das quais foram criadas com apoio do governo brasileiro. Entre as principais, estão a Aliança de Vacinas GAVI, o Fundo Global de Luta Contra Aids, Tuberculose e Malária e a Central Internacional para a Compra de Medicamentos contra Aids, Malária e Tuberculose (UNITAID). Além disso, muitas organizações não governamentais atuam na área de saúde, entre as quais se destacam a Bloomberg Philantropies e a Fundação Bill e Melinda Gates, que possuem importantes projetos em andamento em parceria com o Ministério da Saúde.

O aumento do número de iniciativas certamente reflete a crescente relevância dos problemas internacionais na área de saúde e pode propiciar mais recursos, humanos e financeiros, para enfrentar tais desafios. Esse incremento, por outro lado, impõe

dificuldades de coordenação e transparência e também reflete o crescente interesse de atores econômicos na área de saúde, os quais não estão necessariamente alinhados com as necessidades nacionais e internacionais de saúde pública.

Ademais, a criação de novas estruturas burocráticas enseja, quase sempre, custos administrativos, o que tem intensificado a competição por recursos, estatais ou privados, na arena internacional de saúde. Em alguns casos, a despeito das contribuições fundamentais que algumas dessas iniciativas possam dar em suas diversas áreas de atuação, a necessidade de angariar fundos e apoio para manutenção de sua própria existência torna-se, invariavelmente, um de seus objetivos centrais. O balanço entre essas diferentes prioridades nem sempre pende para o fortalecimento da saúde no âmbito global. Cabe à AISA, como unidade responsável pela interlocução do Ministério da Saúde com essas múltiplas organizações, buscar dar coerência e eficiência às ações desenvolvidas por elas em parceria com o governo brasileiro.

2.4 Assessoramento do ministro de Estado da Saúde

O assessoramento do ministro de Estado na esfera internacional é, talvez, o objetivo primordial da criação de escritórios internacionais nos ministérios. A AISA, como a maior parte das assessorias internacionais, está vinculada diretamente ao Gabinete do Ministro de Estado e é responsável por assessorar a atuação internacional do ministro, organizando encontros bilaterais, preparando subsídios, discursos e apresentações, tomando notas e prestando apoio e assessoria durante os encontros, cuidando dos aspectos logísticos e coordenando tanto as viagens internacionais do ministro quanto as visitas de autoridades estrangeiras da área de saúde ao Brasil.

A multiplicidade de organismos e iniciativas na área de saúde provocou aumento exponencial no número de encontros ministeriais regulares, bem como na quantidade de eventos e seminários extraordinários que disputam a presença ministerial. O ministro da Saúde do Brasil, por exemplo, é convidado para encontros ministeriais com periodicidade anual da OMS – sempre no mês de maio, em Genebra –, da OPAS – em setembro, em Washington –, da Organização Ibero-Americana, da UNASUL, do Mercosul – duas vezes ao ano –, do BRICS e do G20 e, a cada dois anos, da CPLP.

2.5 Tarefas logísticas e administrativas

A AISA também executa diversas tarefas logísticas e administrativas em múltiplas áreas de interseção entre o Ministério de Saúde e a arena internacional. Tal apoio consome parte importante dos recursos humanos da AISA e é fundamental para o bom funcionamento do Ministério.

A AISA, por exemplo, verifica a conformidade legal de todos os processos de viagens internacionais de servidores do Ministério da Saúde e das instituições vinculadas e participa tanto da análise de documentos de candidatos ao Programa Mais Médicos quanto das reuniões tripartites de negociação no âmbito do Programa. Apoia as áreas técnicas envolvidas na organização de conferências, seminários e eventos internacionais, tendo igualmente participado da atuação do Ministério da Saúde na Copa do Mundo de 2014 e nos Jogos Olímpicos e Paralímpicos Rio 2016, quando foram desenvolvidas ações de vigilância em saúde, atenção aos visitantes e preparo para diversas situações relacionadas à saúde. Além disso, atua como ponto focal na interlocução com o Ministério das Relações Exteriores e com as embaixadas estrangeiras sediadas em Brasília.

2.6 Atuação em emergências de saúde

Área recente de atuação da AISA, que merece análise em separado, é o apoio em casos de emergências diretamente ligadas à saúde pública ou que a impactam de maneira significativa¹⁸. Destaque-se, no primeiro caso, a necessidade de ampla interlocução internacional durante o período de declaração do vírus zika e das consequências a ele associadas como emergência de saúde pública pela OMS, em 2016, e por ocasião do aumento de casos de febre amarela no país entre o final de 2017 e o primeiro trimestre de 2018.

Nos dois casos, os eventos provocaram questionamentos nos países vizinhos e nas organizações internacionais de saúde e demandaram intensa comunicação com atores internacionais, além dos mecanismos tradicionalmente adotados no marco do Regulamento Sanitário Internacional.

Nas duas ocasiões, a AISA atuou, em cooperação com outras áreas do Ministério da Saúde, na articulação com a OMS e a OPAS e serviu como ponto focal de comunicação com o Itamaraty, transmitindo, de modo coordenado e ágil, informações oficiais sobre o evento e as ações de enfrentamento conduzidas pelo governo brasileiro, a fim de subsidiar a atuação dos postos brasileiros no exterior e informar as embaixadas estrangeiras situadas em Brasília. Ademais, a AISA também participou da transmissão de informações no âmbito de organismos regionais, como o Mercosul, e trabalhou para fomentar atividades de cooperação destinadas a contribuir com os esforços contra o surto.

Outro tipo de situação emergencial que exigiu participação ativa do Ministério da Saúde ocorreu com o ingresso significativo de imigrantes haitianos, especialmente

¹⁸ Ver, a esse respeito, o artigo “O Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005) na agenda de cooperação em saúde do Mercosul e a emergência do vírus zika”, de Bárbara Frossard Pagotto.

pela região de fronteira no Acre e no Amazonas, em 2013. Mais recentemente, a atual onda de imigração venezuelana na fronteira norte do Brasil também tem exigido atuação interministerial para acolhimento e atenção, e o Ministério tem dedicado atenção especial a essa matéria. Nesses casos, a AISA acompanhou as medidas emergenciais tomadas pelo Ministério da Saúde nas regiões que receberam os imigrantes, além de manter interlocução permanente com o Itamaraty e com outros órgãos governamentais sobre o tema, monitorando suas eventuais implicações para as relações bilaterais ou sub-regionais.

2.7 Representação do Ministério da Saúde em mecanismos governamentais

A AISA também participa, com frequência, como representante do Ministério da Saúde em mecanismos do governo brasileiro voltados para a governança e o acompanhamento de temas internacionais. Integrantes da AISA participam, por exemplo, do Conselho Nacional de Refugiados (CONARE) e do Conselho Nacional de Imigração (CNIg), além de outros mecanismos nacionais *ad hoc* de coordenação interministerial sobre temáticas afetas à saúde no plano internacional, muitos deles conduzidos pela Presidência da República.

3 Desafios

A atuação internacional na área de saúde é condicionada por um cenário de extrema complexidade, caracterizado, entre outros fatores, pela intensificação do fenômeno da globalização, que facilita o movimento de seres humanos e implica maior possibilidade de circulação de doenças e potenciais epidemias. Ademais, como visto, a multiplicação de atores e o incremento de iniciativas e organizações contribuem para a fragmentação do cenário internacional na área de saúde. A nova conjuntura internacional tem promovido, também, maior entrelaçamento entre os temas de saúde e a economia global, dificultando ainda mais a identificação dos objetivos e dos interesses dos diversos atores envolvidos (ALMEIDA, 2017).

O enfrentamento dos problemas na área de saúde, especialmente na esfera internacional, exige ações coordenadas e intersetoriais, e a multiplicação e a fragmentação de atores e iniciativas dificultam a consecução desse objetivo. A multiplicidade de foros favorece, ademais, os países com mais recursos financeiros e humanos e maior capacidade de atuação internacional, inclusive do ponto de vista logístico. Nesse cenário, um dos principais desafios é evitar que a AISA tenha atuação majoritariamente reativa diante do elevado número de compromissos, reuniões e documentos, sem comprometer sua capacidade de formular e perseguir projetos e objetivos de interesse da política internacional brasileira na área de saúde.

A AISA vem intensificando esforços para promover atividades de cooperação, inclusive no âmbito de organismos regionais, procurando evitar que os encontros sirvam apenas para a divulgação de declarações ministeriais com poucos resultados práticos. Outro desafio importante é conduzir a atuação nesses foros, especialmente durante as PPTs, de maneira a alcançar resultados concretos que beneficiem os países e suas populações e justifiquem os recursos humanos e financeiros empenhados no esforço.

A consecução de resultados satisfatórios exige intensa coordenação com diversos atores, nacionais e estrangeiros, além de planejamento, organização e definição clara de objetivos, bem como respaldo e envolvimento das principais autoridades do ministério, em especial do ministro de Estado. Nesse particular, a AISA deve ser capaz de oferecer elementos ao ministro da Saúde para a definição de uma atuação internacional abrangente e coerente, com objetivos claros e em consonância com as prioridades nacionais de saúde pública e com as orientações da política externa brasileira.

Nesse âmbito, as características do cenário político nacional também dificultam a atuação da AISA, tendo em vista as frequentes mudanças na condução do Ministério da Saúde. Nos últimos trinta anos, por exemplo, o Brasil teve 21 ministros da Saúde¹⁹, uma média de um ano e quatro meses para cada ministro. A manutenção de estruturas especializadas e com profissionais técnicos capacitados na estrutura do Ministério que permitam a continuidade do trabalho desenvolvido, a despeito dessas eventuais mudanças, é, portanto, fundamental para assegurar a continuidade das políticas desenvolvidas. Nesse particular, a AISA tem cumprido papel de destaque.

A cooperação internacional na área de saúde produz resultados tangíveis, com benefícios diretos e relativamente rápidos para as populações e os países envolvidos. Projetos na área de banco de leite humano, por exemplo, uma das mais profícuas e bem-sucedidas áreas de cooperação brasileira na esfera da saúde,²⁰ podem reduzir acentuadamente a mortalidade infantil a custos baixos, que muitas vezes representam uma fração dos recursos investidos na organização de um seminário internacional de grande porte, por exemplo.

Na esfera da cooperação humanitária, por sua vez, doações pontuais e sem custo expressivo podem salvar vidas. É o que acontece com frequência, por exemplo, com a doação de ampolas de soros antiveneno²¹ produzidos pelo Instituto Butantan e frequentemente solicitados ao Ministério da Saúde por outros países da América Latina.

Por meio de uma atuação multifacetada, a AISA tem desempenhado, ao longo dos últimos vinte anos, papel de crescente relevância na projeção internacional do

¹⁹ No período, Adib Jatene foi ministro em duas ocasiões.

²⁰ A cooperação internacional no setor é conduzida pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fiocruz.

²¹ Destacam-se os pedidos de doação de soro antiaracnídico, antilônômico e antiofídico, que são atendidos sempre que suas doações não comprometam os estoques nacionais.

Ministério da Saúde e da agenda de saúde no contexto da política externa brasileira. Como consequência, a projeção internacional do Brasil e os princípios do SUS são mutuamente fortalecidos.

Referências

ALCÁZAR, S. **A inserção da saúde na política exterior brasileira**. Brasília: IRBr, 2005. 48º Curso de Altos Estudos do Instituto Rio Branco.

ALMEIDA, Célia. Saúde, Política Externa e Cooperação Sul-Sul. In: BUSS, Paulo Marchiori; TOBAR, Sebastián (Org.). **Diplomacia em Saúde e Saúde Global: perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 41-86

ALMEIDA, João A. G. et al. Cooperação Técnica Internacional em Bancos de Leite Humano – Fiocruz/ABC: uma boa prática em cooperação internacional? In: ALMINO, João; LIMA, Sérgio Eduardo Moreira (Org.). **30 anos da ABC: visões da cooperação técnica internacional brasileira**. Brasília: Funag, 2017. p. 255-281.

AMORIM, Celso. A Política internacional da Saúde: um episódio singular [prefácio]. In: BUSS, Paulo Marchiori; TOBAR, Sebastián (Org.). **Diplomacia em Saúde e Saúde Global: perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 13-22.

BUSS, Paulo Marchiori. Cooperação internacional em saúde do Brasil na era do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p.1881-1889, jun. 2018.

CUETO, Marcos. **Saúde Global: uma breve história**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

FIDLER, David P. Health as Foreign Policy: harnessing globalization for health. **Health Promotion International**, v. 21, n. S1, p.51-58, 2007.

_____. Health as Foreign Policy: between principle and power. **Whitehead Journal of Diplomacy and International Relations**, p.179-194, summer/fall 2005.

FONSECA, Luiz Eduardo; BUSS, Paulo Marchiori. Diplomacia e cooperação em saúde: uma perspectiva da Fiocruz. In: ALMINO, João; LIMA, Sérgio Eduardo Moreira (Org.). **30 anos da ABC: visões da cooperação técnica internacional brasileira**. Brasília: Funag, 2017. p. 223-254.

REGINA, Fernanda Lopes. **Cooperação técnica entre países em desenvolvimento: o caso do Ministério da Saúde brasileiro no Haiti**. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

RUBARTH, E. O. **A diplomacia brasileira e os temas sociais: o caso da saúde**. Brasília: IRBr, 1998. 35º Curso de Altos Estudos do Instituto Rio Branco.

Saúde, política externa e diplomacia pública

Bruno Pereira Rezende¹

“A saúde é direito de todos e dever do Estado (...)”

(Constituição Federal de 1988, Art. 196)

Resumo

O artigo visa a discutir a relação entre as políticas públicas de saúde e a atuação internacional do Brasil em matéria de saúde desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988. A partir de análise histórica, busca-se identificar elementos comuns presentes no discurso da política externa brasileira em matéria de saúde nas últimas três décadas, particularmente no âmbito da Assembleia Mundial da Saúde, e as ações de política interna e externa a eles associadas.

Como características principais da atuação internacional do Brasil em temas de saúde nesse período, verifica-se a permanência de posicionamentos relacionados à defesa do desenvolvimento, do universalismo e do direito à saúde. São analisados estudos de caso sobre a política nacional para o HIV/aids e o acesso a medicamentos, o controle do tabaco e a instalação de bancos de leite humano, discutindo-se seus impactos sobre a formulação da política externa brasileira na área de saúde no período analisado. Ao refletir ênfases e prioridades domésticas baseadas em políticas públicas participativas, a atuação internacional do Brasil em matéria de saúde nos últimos trinta anos aproxima-se da concepção brasileira de “diplomacia pública”.

Palavras-chave: Saúde. Política externa brasileira. Diplomacia pública. Sistema Único de Saúde (SUS). Multilateralismo. Cooperação internacional. Políticas públicas. Participação social.

1 Introdução: a saúde na agenda internacional

As políticas de saúde pública são elemento fundamental para a promoção do desenvolvimento. O preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e

¹ Graduado em Relações Internacionais pela Universidade de Brasília, é diplomata de carreira desde 2011. De junho de 2016 a julho de 2018, foi chefe da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde do Ministério da Saúde. As opiniões emitidas no texto são de inteira responsabilidade do autor e não refletem, necessariamente, posições do Ministério das Relações Exteriores, do Ministério da Saúde ou do governo brasileiro.

Agradeço os valiosos comentários e sugestões de Douglas Valletta Luz e Rodrigo Pires de Campos à versão preliminar do texto. Agradeço, igualmente, a colaboração de Juliana de Moura Gomes para a localização dos discursos proferidos por representantes brasileiros nas Assembleias Mundiais da Saúde.

social e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946). Por seu caráter intersectorial, a saúde tem interface não apenas com os demais âmbitos que compõem a área social, mas também com diversos outros setores de atuação governamental. Consequentemente, o progresso na saúde afeta e é afetado por variados determinantes econômicos, sociais, culturais e ambientais (OMS, 2015), como se reconheceu na Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, realizada no Rio de Janeiro, em 2011 (BRASIL, 2013a).

O início da estruturação do sistema internacional de saúde remonta ao século XIX, com a realização da I Conferência Sanitária Internacional em Paris, em 1851. No início do século XX, em 1902, foi estabelecido o Escritório Sanitário Internacional em Washington, entidade predecessora da atual Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), e, em 1907, foi instalado o Escritório Internacional de Higiene Pública em Paris. Após a I Guerra Mundial, foi criada a Organização de Saúde da Liga das Nações, que tinha como algumas de suas funções a elaboração de relatórios técnicos e de inteligência epidemiológica e o estabelecimento de comissões internacionais sobre doenças (BROWN et al., 2006).

No âmbito da Organização das Nações Unidas (ONU), a saúde é parte integrante das atividades desenvolvidas desde sua criação, em 1945. Em seu preâmbulo, a Carta da ONU destaca a intenção de seus signatários de “promover o progresso social e melhores condições de vida dentro de uma liberdade ampla” e, para tanto, de “empregar um mecanismo internacional para promover o progresso econômico e social de todos os povos”. Em seguida, no terceiro parágrafo de seu artigo 1º, a Carta elenca, entre os propósitos da Organização, o de “conseguir uma cooperação internacional para resolver os problemas internacionais de caráter econômico, social, cultural ou humanitário (...)” (ONU, 1945). Embora não mencione a palavra “saúde” diretamente, o tratado fundador da ONU estabelece a atenção à dimensão social como um dos focos amplos de sua atuação. Na Conferência de São Francisco (1945), ocasião em que foi firmada a Carta da ONU, a delegação brasileira destacou que os problemas de saúde deveriam figurar entre aqueles que a Organização deveria procurar resolver, posicionamento que influenciaria a evolução do tratamento dessa temática no plano multilateral a partir de então (BRASIL, 1988b).

Os três principais órgãos da ONU – a Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU), o Conselho Econômico e Social (ECOSOC) e o Conselho de Segurança das Nações Unidas (CSNU) – abordam a saúde, sob distintos aspectos, em seus trabalhos. A preocupação social inerente à atuação das Nações Unidas conduziu, também, ao estabelecimento de instituições e programas, no âmbito do Sistema ONU, com interface com a saúde, a exemplo do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, instalado em 1946), a Organização Mundial da Saúde (OMS, estabelecida em 1948), o Fundo

de População das Nações Unidas (UNFPA, instituído em 1969) e, mais recentemente, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS, criado em 1996).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada pela AGNU em 1948, dispõe, em seu artigo 25, que “toda pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para assegurar a ela e à sua família a saúde e o bem-estar” (ONU, 1948). Por sua vez, o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, firmado em 1966, reconhece, no artigo 12, “o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental” (ONU, 1966).

O tratamento multilateral dos temas de saúde tem, dessa maneira, interface com a própria evolução das organizações internacionais intergovernamentais desde meados do século XIX. Foi a partir da criação da OMS, entretanto, que se constituiu uma entidade de abrangência universal voltada, prioritariamente, à temática sanitária, com mandato e capacidade de ação globais.

Logo após a assinatura da Carta de São Francisco, Brasil e China propuseram a convocação de uma conferência internacional para constituição de um organismo que se ocupasse, exclusivamente, de temas de saúde (RUBARTH, 1999; BRASIL, 1988b). A OMS, constituída por tratado firmado em 1946 e em vigor a partir de 1948, foi concebida como a autoridade diretora e coordenadora dos trabalhos internacionais no domínio da saúde². A Organização tem como objetivo primordial, enunciado no artigo 1º de sua Constituição, a aquisição, por todos os povos, do nível de saúde mais elevado possível. O tratado constitutivo da OMS reconhece a saúde como direito fundamental e a considera elemento essencial para lograr a paz e a segurança internacionais (OMS, 1946).

Durante a Guerra Fria, as disputas ideológicas do mundo bipolar influenciaram, em grande medida, as discussões internacionais sobre temas sociais. Por um lado, os principais debates globais centraram-se em temas de segurança e desarmamento; por outro, havia reduzida abertura para que atores diretamente envolvidos com a temática social participassem dos foros internacionais correspondentes. Em 1949, em decorrência das tensões geradas pela bipolaridade sistêmica, a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) e outros países de sua órbita de influência³ retiraram-se da OMS, criticando a proeminência dos Estados Unidos da América (EUA) na Organização e nas agências da ONU de maneira geral. Apenas após a morte de Josef Stalin e a ascensão de Nikita Khrushchev, em 1953, seria possível a mudança de discurso da URSS em direção à coexistência pacífica com os EUA, levando ao retorno da URSS e de seus aliados à OMS em 1956.

² Conforme o Art. 2(a) da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946).

³ Em 1949, além da URSS, também notificaram sua saída da OMS os seguintes membros: Albânia, Bulgária, Hungria, Polónia, República Socialista Soviética da Bielorrússia, República Socialista Soviética da Ucrânia, Romênia e Tchecoslováquia (FEE, CUETO e BROWN, 2016).

O brasileiro Marcolino Gomes Candau ocupou o cargo de diretor-geral da OMS entre 1953 e 1973, tendo sido o diretor-geral mais longo na história da Organização. Foi o primeiro brasileiro a comandar uma organização especializada da ONU, havendo sido reeleito três vezes. Sob sua administração, a OMS ampliou sua visibilidade, sua estabilidade financeira e sua coerência administrativa, fortalecendo seus escritórios regionais⁴ ao redor do mundo (FEE; CUETO; BROWN, 2016). Ainda que o dirigente de uma organização internacional não represente ali os interesses de seu país de origem, sua perspectiva permite influenciar os rumos das atividades da organização. Trata-se, portanto, de posição de grande visibilidade e importância tanto técnica quanto política.

Em seus anos iniciais, a OMS desenvolveu programas de capacitação para profissionais de saúde e promoveu esforços de padronização em setores como a classificação internacional de doenças⁵, a farmacopeia⁶ e o regulamento sanitário internacional⁷. Ao longo das décadas de 1950 e 1960, mudanças na biologia, na economia e na política global transformaram a saúde pública e as relações internacionais, fazendo que a OMS passasse de uma ênfase antes restrita aos esforços para a erradicação de enfermidades e a padronização internacional relativa à saúde para um interesse mais amplo no desenvolvimento de serviços de saúde e na promoção da saúde. No plano regional, realizou-se, em 1961, a Reunião Extraordinária do Conselho Interamericano Econômico e Social em Nível Ministerial (Cies-OEA). A Carta de Punta del Este, aprovada na ocasião, reconheceu “as relações recíprocas entre saúde e desenvolvimento e a necessidade de promoção coordenada do desenvolvimento econômico e social” (PIRES-ALVES; PAIVA, 2006, p. 23).

Nos anos 1970 e 1980, a OMS desenvolveu o conceito de “atenção primária à saúde” (FEE; CUETO; BROWN, 2016). Em 1978, com a realização da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, no Cazaquistão – da

⁴ O Art. 44(b) da Constituição da Organização Mundial da Saúde permite o estabelecimento, pela AMS, de organizações regionais integradas à OMS (OMS, 1946). A OMS tem, atualmente, seis escritórios regionais, correspondentes às seguintes regiões: África (AFRO), Américas (AMRO), Europa (EURO), Mediterrâneo Oriental (EMRO), Pacífico Ocidental (WPRO) e Sudeste Asiático (SEARO). A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), cujas origens remontam ao início do século XX, foi integrada à OMS como escritório regional para as Américas por meio de acordo firmado em 1949 (OMS, 1949).

⁵ A sexta versão da Classificação Internacional de Doenças (CID) foi publicada pela OMS em 1948 e aprovada pela AMS no ano seguinte (resolução WHA2.93, 1949). Anteriormente, a Classificação vinha sendo realizada, desde 1893, pelo Instituto Internacional de Estatística. A partir da década de 1920, a Organização de Saúde da Liga das Nações também somou-se ao esforço de atualização da CID – à época chamada “Lista Internacional de Causas de Morte” (OMS, 2018).

⁶ A primeira edição da Farmacopeia Internacional foi aprovada pela AMS em 1950 (resolução WHA3.10, 1950), e seu primeiro volume foi publicado pela OMS no ano seguinte.

⁷ A primeira versão do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) foi adotada pela AMS em 1951 (Resolução WHA4.75, 1951) e entrou em vigor a partir do ano seguinte, sendo aplicável a seis doenças: cólera, febre amarela, febre recorrente, peste negra, tifo e varíola.

qual o Brasil não participou⁸ –, estabeleceu-se o compromisso de buscar a “Saúde para Todos no Ano 2000”. A Declaração de Alma-Ata permitiu avançar as ideias da universalidade e da saúde como direito, reconhecendo-se o caráter intersetorial da saúde (OMS, 1978). Apesar da ausência do governo brasileiro na Conferência de Alma-Ata, a incorporação de seus princípios pelo movimento sanitarista nacional influenciaria a conformação do sistema público de saúde no país.

A Constituição Federal de 1988, em seguimento às deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde⁹, estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo a saúde como direito social que deve ser garantido pelo Estado. O movimento social pela reforma sanitária no Brasil, gestado a partir da segunda metade da década de 1970¹⁰, influenciou o estabelecimento de um sistema universal que garante a saúde como direito social¹¹. De acordo com a Constituição Federal:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988a).

Os preceitos constitucionais brasileiros relacionados à saúde adotam, da mesma maneira como estabelecido no preâmbulo da Constituição da OMS, um conceito de saúde amplo e intersetorial, que não se resume ao mero combate a doenças. A Constituição brasileira estabelece a saúde como política de Estado. Da mesma maneira, o reconhecimento da saúde como direito e a previsão de acesso universal refletidos no dispositivo constitucional ecoam os princípios incorporados à Declaração de Alma-Ata e vão além, ao afirmar que cabe ao Estado garantir o direito à saúde.

Em seu discurso na Assembleia Mundial da Saúde (AMS) realizada em 1988, o ministro da Saúde, Luiz Carlos Borges da Silveira, destacou a definição dos princípios básicos para a reestruturação do sistema de saúde pública no Brasil, lograda após ampla consulta a diversos setores da sociedade, e a importância do controle social e da participação dos estados e dos municípios na gestão do novo sistema em formação (BRASIL,

⁸ Apesar de o Brasil não ter participado da Conferência de Alma-Ata, suas discussões tiveram impacto no discurso sanitário brasileiro. A Declaração de Alma-Ata afirmou que os governos têm uma responsabilidade pela saúde de seus povos, “que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais” (OMS, 1978, tradução nossa). Estabeleceu, assim, que os cuidados primários de saúde constituíam a chave para atingir a meta de que todos os povos do mundo alcançassem um nível de saúde elevado até o ano 2000.

⁹ Realizada em Brasília, entre 17 e 21 de março de 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde é considerada um marco para a proposta do arcabouço institucional do SUS que serviria de base para as discussões da Assembleia Nacional Constituinte (CONASS, 2011).

¹⁰ Inserem-se nesse contexto histórico as criações do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, e da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979 (PAIVA e TEIXEIRA, 2014).

¹¹ Conforme o Art. 6º da Constituição Federal de 1988, “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988a).

1988b). No ano seguinte, o ministro Seigo Tsuzuki ressaltaria, perante a 42ª AMS, o amplo processo de discussão e debate que precedeu a promulgação da Constituição de 1988, a qual dedicou, pela primeira vez, uma seção exclusiva¹² à saúde (BRASIL, 1989). O modelo descentralizado do SUS, com repartição de competências entre o governo federal, os estados e os municípios, foi destacado pelo ministro Jamil Haddad, em 1993, como um modelo de organização que “atende as necessidades da equidade, preserva a autonomia administrativa e fortalece o controle social” (BRASIL, 1993).

O SUS surgiu, portanto, tendo como referências básicas conceitos e princípios que visam a promover a efetiva democratização da saúde. Em decorrência dessa estruturação, o Brasil tem o maior sistema de saúde de acesso universalizado e gratuito do mundo, assegurando a cobertura universal de saúde como direito social de todos¹³ no território nacional (BRASIL, 2013a). Segundo dados do Ministério da Saúde, cerca de 150 milhões de brasileiros dependem exclusivamente do SUS atualmente, o equivalente a mais de 70% da população nacional (BRASIL, 2018a).

A Carta Magna estabelece, entre os princípios que regem as relações internacionais do Brasil, a “prevalência dos direitos humanos” e a “cooperação entre os povos para o progresso da humanidade”¹⁴. Até o início da década de 1990, entretanto, a atuação internacional do Brasil na área social foi reduzida, como consequência tanto do reduzido espaço dedicado a essas temáticas nas pautas de trabalho do Ministério das Relações Exteriores quanto da “novidade do tratamento internacional de questões que, até pouco tempo [antes], eram consideradas exclusivamente da órbita interna dos países” (RUBARTH, 1999, p. 153).

A partir do início da década de 1990, com o descongelamento característico da conjuntura pós-bipolaridade e as discussões sobre o papel do Estado na provisão do desenvolvimento, os temas sociais passaram a receber nova abordagem internacional, sendo compreendidos como parte intrínseca das estratégias nacionais de desenvolvimento dos países, com crescente pluralidade de atores, temáticas e foros especializados. A mudança progressiva da concepção do desenvolvimento, reconhecendo-se as dimensões econômica, social e ambiental do desenvolvimento sustentável¹⁵, contribuiu

¹² Capítulo II, Seção II da Constituição Federal (BRASIL, 1988a).

¹³ Além do disposto na Constituição, a Nova Lei de Migração (Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017) assegura ao migrante no território nacional o “acesso a serviços públicos de saúde (...), nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória” (artigo 4º, inciso VIII).

¹⁴ Artigo 4º, incisos II e IX (BRASIL, 1988a).

¹⁵ O Relatório “Nosso Futuro Comum” (também conhecido como “Relatório Brundtland”), publicado em 1987, tratou da relação entre o desenvolvimento econômico e as questões ambientais e definiu o conceito de desenvolvimento sustentável como aquele que alcança as necessidades das gerações presentes, sem comprometer a capacidade de as gerações futuras alcançarem suas necessidades. Nessa nova concepção, a erradicação da pobreza passou a ser encarada como condição indispensável para construir um desenvolvimento ecológico sustentável. A partir da Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento (Rio de Janeiro, 1992), consagrou-se o entendimento do desenvolvimento sustentável como a conjugação de três dimensões: econômica, social e ambiental.

para atualizar a visão de que os avanços sociais seriam mera decorrência natural do progresso econômico, passando-se a propor a adoção de políticas integradas para essas três dimensões. A chamada “década das conferências” foi marcada pela crescente difusão, por meio de reuniões multilaterais organizadas pela ONU relativas à agenda social, de debates, declarações e programas de ação que fizeram referências, direta ou indiretamente, à saúde¹⁶.

A Constituição de 1988 e a adoção de nova postura do Brasil perante o regime internacional de direitos humanos influenciaram a reformulação do tratamento de questões sociais na administração pública federal. Paralelamente às conferências multilaterais realizadas na década de 1990, e em demonstração do início da transformação no tratamento dos temas sociais multilaterais no país, foram realizadas reformas institucionais e administrativas, no âmbito do governo brasileiro, de modo a incorporar o tratamento de temas sociais na administração pública federal. Entre essas inovações, destacam-se a criação do Departamento de Direitos Humanos e Temas Sociais do Ministério das Relações Exteriores, em 1995¹⁷, e a recriação de uma unidade responsável por temas internacionais no âmbito do Ministério da Saúde¹⁸, agora intitulada Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA), em 1998. A institucionalização de uma unidade para acompanhamento permanente de assuntos internacionais no Ministério da Saúde permitiu não apenas dar maior coerência à atuação internacional do Brasil nessa matéria, mas também fortalecer o diálogo cooperativo com o Ministério das Relações Exteriores, com a presença de diplomatas de carreira à frente da assessoria internacional¹⁹.

¹⁶ Inserem-se no marco da “década das conferências” a Cúpula Mundial sobre a Criança (Nova York, 1990), a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento (Rio de Janeiro, 1992), a Conferência Mundial sobre os Direitos Humanos (Viena, 1993), a Conferência sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), a Cúpula Mundial sobre Desenvolvimento Social (Copenhague, 1995), a Conferência Mundial sobre a Mulher (Pequim, 1995) e a Conferência das Nações Unidas Sobre Assentamentos Humanos (Istambul, 1996). Em 2001, foi, ainda, realizada a Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, em Durban.

¹⁷ Criado pelo Decreto nº 1.756, de 22 de dezembro de 1995 (CASTRO, 2009).

¹⁸ No Ministério da Saúde, a Coordenadoria de Assuntos Internacionais de Saúde (CAIS) foi criada em 30/12/1977 e extinta em 21/03/1990, no marco da reforma administrativa realizada em março de 1990, durante o governo do presidente Fernando Collor de Mello, quando foram extintas, entre outros órgãos, as assessorias internacionais dos ministérios. Devido à necessidade de dar continuidade aos assuntos internacionais, a CAIS foi substituída, no Ministério da Saúde, por uma Assessoria Especial informal, ligada ao Gabinete do Ministro. Em 03/05/1991, foi criada a Coordenação-Geral de Assuntos Especiais de Saúde (CAESA), substituída, em 15/07/1993, pela Assessoria de Assuntos Especiais de Saúde (AESA). Em 28/01/1998, a AESA foi substituída pela Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA), designação que identifica, até os dias atuais, a unidade do Gabinete do Ministro que se ocupa dos temas internacionais de interesse para a saúde. Ver, a esse respeito, os artigos “Breve histórico da assessoria internacional do Ministério da Saúde”, de Igino Rodrigues Barbosa Filho, e “A atuação do Ministério da Saúde no âmbito multilateral”, de Indiara Meira Gonçalves.

¹⁹ A área internacional do Ministério da Saúde foi chefiada por diplomatas de março de 1995 a abril de 2012. Em junho de 2016, a unidade voltou a ser chefiada por diplomatas de carreira.

Com mais intensidade a partir do início da década de 2000, uma pluralidade de atores governamentais e não governamentais que têm interface com o setor de saúde foi criada ou ampliou seu escopo de atuação. O papel da OMS como “autoridade diretora e coordenadora dos trabalhos internacionais no domínio da saúde”, assim previsto em sua Constituição, tem sido posto à prova pela atuação crescente de instituições, grupos, mecanismos e coalizões com objetivos e interesses diversos, o que apresenta dificuldade adicional à coordenação, à efetividade e à sustentabilidade das ações desenvolvidas²⁰.

Ao longo das últimas três décadas, o Brasil tem participado dos órgãos e deliberações da OMS de maneira crescentemente atuante e propositiva. Na Assembleia Mundial da Saúde²¹ (AMS), órgão decisório da OMS no qual todos os membros da Organização têm assento, o Brasil tem defendido, de maneira consistente, temas caros à agenda nacional de saúde. Apesar da sucessão de governos e de gestões à frente do Ministério da Saúde, verifica-se o predomínio da coerência e da continuidade, em detrimento de rupturas bem delineadas, no conteúdo de alguns macrotemas relacionados à participação do Brasil na AMS ao longo das últimas três décadas, como questões relacionadas à cobertura universal de saúde e ao acesso a medicamentos.

Este artigo procurará identificar padrões de continuidade na atuação internacional do Brasil em matéria de saúde desde a criação do SUS e buscará correlacioná-los às linhas gerais do discurso adotado pelo país nos foros internacionais, particularmente na AMS. A título de exemplificação, são, também, apresentados breves estudos de caso sobre a inserção internacional de temas de saúde na agenda externa brasileira.

O artigo divide-se em duas partes, além desta introdução e da conclusão. Primeiramente, discutem-se, de maneira breve, alguns aspectos teórico-conceituais relacionados aos padrões de continuidade na política externa brasileira e à inter-relação entre o Ministério das Relações Exteriores e os demais órgãos governamentais para a formulação de posicionamentos de política externa. Na segunda parte, são apresentados, em perspectiva histórica, os principais elementos da participação do Brasil na AMS desde a criação do SUS, incluindo estudos de caso sobre a atuação nacional referente ao tratamento de HIV/aids e ao acesso a medicamentos, ao controle do tabaco e à instalação de bancos de leite humano, três iniciativas emblemáticas e pioneiras na inserção internacional do país em matéria de saúde. Ao examinar o discurso do Brasil em matéria de saúde ao longo das últimas três décadas, buscar-se-á correlacioná-lo a fatores que, de alguma maneira, têm influenciado os posicionamentos internacio-

²⁰ Ver, a esse respeito, o artigo “A Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde do Ministério da Saúde: temas e desafios”, de Fabio Rocha Frederico.

²¹ A AMS tem como algumas de suas competências promover pesquisas, aprovar diretrizes e regulamentos, fazer recomendações aos Estados membros, determinar a política da Organização, entre outras. As sessões ordinárias da AMS são realizadas anualmente (como previsto no Art. 13 da Constituição da Organização Mundial da Saúde), no mês de maio.

nais adotados pelo país. Como linha comum, identificam-se princípios como a universalidade, a abordagem transversal da saúde e a importância da cooperação para o desenvolvimento.

Ao aproximar a política externa do Brasil dos interesses e das necessidades de sua sociedade em matéria de saúde, a atuação internacional do Ministério da Saúde tem contribuído, ao longo das últimas três décadas, para concretizar a dimensão pública da política externa nacional, em evidência prática da concepção brasileira de “diplomacia pública”.

2 A política externa como política pública

A construção de um discurso sólido e duradouro na política externa de um país está relacionada à existência de um acumulado histórico e de princípios de inserção internacional relativamente duradouros ao longo do tempo. O recorrente debate acadêmico sobre os elementos de continuidade e ruptura na história da política externa brasileira conduzem a avaliações sobre seu caráter como “política de Estado” ou “política de governo”. A primeira seria “relativamente imune a mudanças e ingerências das agendas governamentais”, “associada a supostos interesses nacionais autoevidentes e/ou permanentes, protegidos das injunções conjunturais de natureza político-partidária” (MILANI e PINHEIRO, 2013), enquanto a segunda seria seu oposto – ou seja, representaria a ingerência direta de interesses políticos do governo de ocasião sobre as prioridades, os rumos e as orientações gerais da política externa nacional.

O estabelecimento dos lineamentos da política externa do Brasil e sua condução são, por força constitucional, atribuições do presidente da República. A Constituição Federal de 1988 dispõe, em seu Art. 84, que compete privativamente ao presidente da República “manter relações com Estados estrangeiros e acreditar seus representantes diplomáticos” (inciso VII) e “celebrar tratados, convenções e atos internacionais, sujeitos a referendo do Congresso Nacional” (inciso VIII). Todas as Constituições republicanas anteriores apresentaram textos semelhantes²². A aparente contradição ou coincidência entre a condução da política externa pelo presidente da República, figura política com alternância periódica no poder, e a permanência de padrões de continuidade no discurso da política externa brasileira ao longo do último século, especialmente a partir da

²² A Constituição de 1891 estabeleceu como competência privativa do presidente da República “manter as relações com os Estados estrangeiros” e “entabular negociações internacionais, celebrar ajustes, convenções e tratados, sempre *ad referendum* do Congresso (...)” (Art. 48, § 14º e 16º). De maneira paralela, a Constituição de 1824 também trazia competências correspondentes a essas como atribuições do imperador. Nas Constituições de 1934, 1937, 1946 e 1967 e na Emenda Constitucional nº 1 de 1969, são praticamente idênticos os incisos referentes às competências privativas do presidente da República, incluindo os tópicos “manter relações com Estados estrangeiros” e “celebrar tratados e convenções internacionais *ad referendum* do Congresso Nacional”.

chancelaria do Barão do Rio Branco (1902-1912), tem motivado discussões acadêmicas no âmbito da análise das relações internacionais do Brasil.

Para Celso Lafer (2000), a explicação para os padrões de continuidade na inserção internacional do Brasil estaria relacionada a fatores históricos, geopolíticos e socioculturais. As dimensões continentais do país e seu lugar na América do Sul, o uso de um idioma único, a ausência de pontos significativos de tensão internacional desde a independência e o desafio da busca do desenvolvimento como vetor tradicional da política externa nacional teriam contribuído, segundo o autor, para a constituição da identidade internacional brasileira, o que se veria refletido na ação externa do país. As diretrizes tradicionais da ação externa nacional, caracterizadas por Amado Cervo (2008) como o “acumulado histórico” da política externa brasileira, foram plasmadas no artigo 4º da Constituição Federal de 1988, que dispõe os princípios que regem as relações internacionais do Brasil²³.

Um dos campos em que se notam os padrões de continuidade na ação diplomática brasileira é a esfera multilateral. Discursos emblemáticos da atuação internacional do país, como o “discurso dos três Ds” do chanceler Araújo Castro na ONU, em 1963, apresentam uma perspectiva autenticamente brasileira das relações internacionais. Ainda que as circunstâncias domésticas e internacionais atuais sejam bastante distintas daquelas do início da década de 1960, a atualidade dessa intervenção está baseada em princípios como a autonomia, o universalismo e o fortalecimento do multilateralismo como estratégia para a busca de soluções a questões centrais para o país e o mundo. Como defende Celso Lafer (2000, p. 229, tradução nossa), “dada a interação de alianças variáveis formadas em um mundo de polaridades indefinidas, os foros multilaterais constituem, para o Brasil, os melhores tabuleiros para que o país exerça sua competência na defesa dos interesses nacionais”.

Com a crescente expansão do tratamento, em foros internacionais, de temas antes restritos à esfera doméstica dos Estados, houve, também, maior aproximação entre o que é discutido no âmbito multilateral e o que efetivamente impacta a vida do cidadão comum. Da mesma maneira, os debates políticos domésticos em sociedades democráticas também passaram a influenciar, de maneira mais pronunciada, a atuação internacional desses Estados. Paralelamente, verificou-se maior abertura, no âmbito governamental, à participação de outros órgãos, além das chancelarias, na condução das políticas externas nacionais.

²³ “Art. 4º A República Federativa do Brasil rege-se nas suas relações internacionais pelos seguintes princípios: I - independência nacional; II - prevalência dos direitos humanos; III - autodeterminação dos povos; IV - não intervenção; V - igualdade entre os Estados; VI - defesa da paz; VII - solução pacífica dos conflitos; VIII - repúdio ao terrorismo e ao racismo; IX - cooperação entre os povos para o progresso da humanidade; X - concessão de asilo político. Parágrafo único. A República Federativa do Brasil buscará a integração econômica, política, social e cultural dos povos da América Latina, visando à formação de uma comunidade latino-americana de nações”.

No Brasil, a partir da década de 1970 e com mais intensidade nas décadas seguintes, os movimentos de incorporação de temas de política externa por outros órgãos do governo e de cessão de diplomatas a outras agências governamentais fora do Ministério das Relações Exteriores levaram ao questionamento, segundo Milani e Pinheiro (2013), sobre a “relativa autonomia e o insulamento burocrático do Itamaraty no processo de formulação e condução da política externa”. Na década de 1980, a redemocratização brasileira permitiu a superação de posições que, durante o regime militar, reduziram a capacidade de atuação internacional do Brasil em matérias como meio ambiente, paz e segurança, direitos humanos e desarmamento nuclear. A partir de então, as mudanças no cenário doméstico passaram a credenciar o país a atuar com maior convicção e credibilidade no plano multilateral e, da mesma maneira, permitiram maior aproximação entre temas de política externa e questões domésticas.

No plano externo, a partir do início dos anos 1990, as novas realidades da ordem do pós-Guerra Fria também contribuíram para impulsionar o pronunciado engajamento brasileiro em foros multilaterais, resgatando princípios e orientações tradicionais de sua política externa. Esse movimento interno foi, também, impulsionado pela dinâmica renovada da política externa brasileira após a redemocratização, em contexto descrito pelo embaixador Gelson Fonseca Jr. como de “renovação de credenciais”, marcado por participação positiva do país no sistema internacional, de maneira destacada no multilateralismo normativo:

[...] o acervo de uma participação positiva, sempre apoiada em critérios de legitimidade, nos abre a porta para uma série de atitudes que tem dado uma nova feição ao trabalho diplomático brasileiro. A autonomia, hoje, não significa mais “distância” dos temas polêmicos para resguardar o país de alinhamentos indesejáveis. Ao contrário, a autonomia se traduz por “participação”, por um desejo de influenciar a agenda aberta com valores que exprimem tradição diplomática e capacidade de ver os rumos da ordem internacional com olhos próprios, com perspectivas originais. Perspectivas que correspondam à nossa complexidade nacional (FONSECA JR., 1998, p. 368).

A pluralidade e a diversificação de atores e agendas da política externa brasileira e as novas configurações do processo de sua formulação ao longo das últimas três décadas trouxeram à tona questionamentos sobre a relação existente não só entre a política doméstica e a política externa, mas também entre esta e a sociedade. Para Milani e Pinheiro (2013), a ampliação da participação de agentes públicos alheios à chancelaria em temas relacionados à agenda internacional, com crescentes profissionalização da máquina pública e domínio de aspectos técnicos relacionados à atuação internacional, teria promovido um movimento de “politização da política externa”, entendido como

“a intensificação do debate de ideias, valores e preferências sobre escolhas políticas” (MILANI; PINHEIRO, 2013, p. 339).

Esse movimento está, também, relacionado às modificações experimentadas na atuação em fóruns internacionais e nas atividades de cooperação técnica afetas a outros ministérios e órgãos governamentais. Sob diversos aspectos, a atuação internacional dessas instituições tem crescido, ao mesmo tempo em que se exige uma participação cada vez mais especializada nos fóruns internacionais correspondentes. A necessidade de adaptação a um ambiente que requer cada vez mais conhecimentos técnicos, vinculados às realidades e às políticas nacionais, torna imperativo promover a efetiva coordenação intragovernamental, de maneira transversal, com vistas a dotar o posicionamento internacional do país de maior coerência e legitimidade.

Carlos Aurélio Pimenta de Faria (2012) refere-se a esse processo de ampliação de atores e agentes como a “horizontalização da política externa brasileira”. Da mesma maneira, a formulação da política externa passou a promover o que Silva, Spécie e Vitale (2010, p. 31) chamam de “novo arranjo institucional entre o [Ministério das Relações Exteriores] e as demais pastas do Executivo”. Tal movimento tem contribuído não apenas para qualificar a participação técnica do Brasil nos fóruns internacionais de que participa, mas também para aproximar a política externa e a sociedade nacional, democratizando tanto seu acesso quanto suas orientações. Quando esse movimento ocorre por meio do diálogo com políticas nacionais participativas, a exemplo das que serão posteriormente discutidas neste artigo, a política externa reforça seu papel como política pública – e, como tal, deve estar próxima aos interesses da sociedade que representa, de maneira democrática.

Ernesto Otto Rubarth (1999), em tese sobre a emergência do tratamento de temas sociais na agenda da política internacional na ordem do pós-Guerra Fria, argumenta que a atuação da diplomacia nacional em temas sociais pode servir como instrumento a ser usado pelo governo para modificar situações sociais internas e para identificar possibilidades de cooperação internacional que possam somar-se aos esforços nacionais nessas áreas. Para o autor,

tanto a política externa quanto as políticas sociais são políticas públicas e, como tal, naturalmente têm pontos de convergência que merecem ser explorados de forma integrada, de modo que as instituições responsáveis possam aperfeiçoar os seus desempenhos e potencializar os resultados que pretendem alcançar no cumprimento de suas atribuições (RUBARTH, 1999, p. 8).

O conceito de “diplomacia pública”, em sua formulação original, “refere-se aos mecanismos utilizados por um ator internacional com o objetivo de gerenciar o ambiente internacional por meio do engajamento com um público externo” (VILLANOVA,

2017, p. 28). Trata-se, dessa maneira, de iniciativas de promoção da imagem de um país no exterior, buscando influenciar o público estrangeiro. Sua efetividade está relacionada à compatibilidade entre a imagem que se busca promover e a realidade nacional. A perspectiva brasileira sobre a diplomacia pública, entretanto, abrange também outras dimensões. Como apresenta o Ministério das Relações Exteriores,

[n]o Brasil, a “diplomacia pública” é entendida não só nessa acepção tradicional, mas também no sentido de maior abertura do Ministério das Relações Exteriores e da política externa brasileira à sociedade civil, em um esforço de democratização e transparência das políticas públicas nacionais (MRE, 2018).

Em texto seminal sobre a perspectiva brasileira a respeito da diplomacia pública, o ministro Antonio de Aguiar Patriota afirma que,

como política pública, a política externa deve representar, de maneira fidedigna, os interesses dos cidadãos brasileiros em prol do desenvolvimento e da paz, em sintonia com os anseios globais por um mundo mais justo e estável. (...) A defesa da democracia é um pleito comum de nossa sociedade, e uma política externa que represente os verdadeiros objetivos nacionais deve ser, de modo inescapável, crescentemente participativa (PATRIOTA, 2013, p. 13).

Verifica-se, portanto, um movimento duplo na formulação e na condução da política externa nacional. Por um lado, nota-se a diversificação dos atores que influenciam a formulação e a execução da ação externa do país; por outro, há, também, demanda de maior aproximação da política externa em relação às políticas domésticas e à sociedade. Trata-se de uma via de mão dupla, em um jogo de soma positiva. A atuação internacional do país torna-se mais representativa dos reais interesses de sua sociedade – que não são estanques –, ao mesmo tempo em que as experiências estrangeiras e a evolução dos debates internacionais sobre matérias de aplicação doméstica também influenciam a elaboração de políticas públicas no país.

A abertura da política externa nacional às contribuições de outros órgãos governamentais e sua aproximação da sociedade e dos temas que a afetam diretamente são, portanto, um imperativo tanto da eficiência pragmática quanto da democracia. A esse respeito, Celso Lafer e Gelson Fonseca Jr. afirmam que

o processo de formulação de posições diplomáticas, no quadro democrático, passa a integrar a lógica dos ganhos e custos dos grupos sociais afetados pelas opções diplomáticas concretas, e uma manifestação desse processo são os movimentos exigidos pela agenda de opinião pública, que, se cria constrangimentos em determinados casos, em outros

pode significar uma ampliação do leque de manobras do diplomata (LAFER; FONSECA JR., 1997, p. 73).

Ao abrir-se, voluntária ou involuntariamente, à participação de novos atores, a política externa brasileira passa a ter a influência de perspectivas que poderiam, hipoteticamente, modificar os padrões tradicionais de ação do país no exterior. A maior inter-relação entre a política externa brasileira e os temas de preocupação cotidiana para os cidadãos nacionais poderia provocar, também, maior suscetibilidade a modificações no posicionamento externo do Brasil diante de mudanças nas políticas e prioridades domésticas, com o potencial de prejudicar a continuidade do discurso do país nos foros internacionais que tratam dessa matéria. Esse temor, entretanto, tem se revelado infundado até o momento. Apesar da crescente diversificação de temas, agendas, atores e modos de ação, os princípios que regem, tradicionalmente, a inserção do Brasil no mundo se veem preservados e reiterados. Evidencia-se, assim, não apenas a permanência de valores e objetivos comuns na agenda externa do país e de sua sociedade, mas também a efetiva consonância entre as orientações e os princípios tradicionais seguidos pela política externa brasileira e aquilo que se entende como o verdadeiro interesse nacional.

Por mais que se verifique um distanciamento da realidade cotidiana de temas como a priorização multilateral de estratégias para o controle do tabaco, a negociação de acordos comerciais ou a defesa do acesso a medicamentos em debates multilaterais sobre propriedade intelectual, o posicionamento internacional do país em todas essas questões deve balizar-se por princípios e valores compartilhados pelo cidadão comum. A política externa deve, afinal, justificar-se como política pública atenta aos anseios da população que representa. Traduzir o impacto real desses posicionamentos sobre a vida da sociedade é atribuição dos agentes públicos engajados em temas internacionais e fundamento das próprias noções de democracia e representação.

No âmbito da política externa em matéria de saúde²⁴, verifica-se que a crescente integração entre a ação internacional do Brasil e a formulação de políticas públicas domésticas nessa matéria não apenas legitima a atuação do governo brasileiro dentro e fora do país, mas também assegura maior correlação entre as prioridades nacionais e sua atuação externa. O discurso do Brasil em matéria de saúde nos foros internacionais tem replicado, dessa maneira, os consensos, as capacidades e as orientações gerais das políticas domésticas de saúde, em efetiva expressão de diplomacia pública nacional.

²⁴ Recentemente, em produções acadêmicas nacionais, tem-se registrado, também, o uso dos termos “diplomacia da saúde” e “diplomacia da saúde global”, em referência à incorporação da saúde como ferramenta de política externa (v. BUSS, 2018).

3 O Brasil e a política externa em matéria de saúde

Até a criação do SUS, em 1988, a ação interna do Ministério da Saúde dedicava-se, primordialmente, ao controle de endemias. O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), era o responsável pela gestão da assistência médico-hospitalar pública no país. Embora a função reitora na formulação da política de saúde fosse atribuída ao Ministério da Saúde²⁵, o MPAS detinha a maior parte dos recursos públicos destinados à saúde (FLEURY; CARVALHO, 2018). No plano internacional, até o fim da década de 1980, a ação do Ministério da Saúde em organizações internacionais especializadas, como a OMS e a OPAS, restringiu-se a atividades institucionais, como na participação em conferências e assembleias e no apoio à eleição de candidatos a cargos (ALCÁZAR, 2005).

A promulgação da Constituição de 1988 inseriu-se no contexto da passagem de uma postura reativa a um estado propositivo na atuação internacional do país em matéria de saúde. O Brasil passou a ditar e a liderar a agenda internacional de saúde em temáticas como o enfrentamento ao HIV/aids, o controle do tabaco, o aleitamento materno e a promoção da saúde. Para Alcázar (2005), a efetiva inserção da saúde na política exterior brasileira deveu-se, no plano interno, ao fortalecimento político, orçamentário e institucional do Ministério da Saúde, aliado à defesa estatal de um discurso de saúde de natureza aberta, independente, universal e integral em sentido amplo, que compreende também seus determinantes econômicos e sociais. O discurso universalista, daí resultante, passaria a ser característica intrínseca à atuação internacional do Brasil a partir de então. Diferentemente do que ocorre em outros países, nos quais os interesses de saúde pública subordinam-se às prioridades econômico-comerciais, “o discurso de saúde de caráter universal e integral é a garantia – entendida como a conquista de um direito – de acesso gratuito a todos os serviços de saúde [...], bem como a todo espectro de medicamentos” (ALCÁZAR, 2005, p. 9), constituindo verdadeira política de Estado.

Com o SUS, a saúde deixou de ter o caráter assistencialista e previdenciário que caracterizava o modelo anterior (MONTEIRO; VILLELA, 2009). A criação do Sistema foi acompanhada pelo estabelecimento de instâncias decisórias abertas à participação social²⁶ que contribuíram, de maneira aberta, plural e democrática, para a elaboração, a execução e o fortalecimento de políticas públicas de saúde voltadas a temáticas como o HIV/aids, o

²⁵ A Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953, dispõe em seu artigo 1º: “É criado o Ministério da Saúde, ao qual ficarão afetos os problemas atinentes à saúde humana” (BRASIL, 1953).

²⁶ Em conformidade com o artigo 198, inciso III da Constituição Federal de 1988, que estabelece a participação da comunidade como diretriz para a constituição do SUS (BRASIL, 1988a), a Lei nº 8.142, de 28/12/1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, reconhecendo o papel desempenhado por instâncias colegiadas como a Conferência de Saúde, o Conselho de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) (BRASIL, 1990a).

tabaco e o aleitamento materno. Consequentemente, o Brasil passou a assumir postura de liderança no plano internacional, tendo como fundamento de validade os êxitos domésticos nessas áreas. A inserção da saúde na política externa brasileira deu-se, dessa maneira, como demonstração prática da concepção nacional de diplomacia pública.

Desde meados da década de 1990, têm-se registrado iniciativas brasileiras de cooperação com países em desenvolvimento no domínio da saúde. Em 1994, perante a 47ª AMS, o ministro Henrique Santillo anunciou a realização no Brasil, naquele ano, de reunião dos ministros da Saúde de Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal e São Tomé e Príncipe. Tratou-se de um esforço inicial de definição de áreas prioritárias para cooperação em saúde, o que se aprofundaria posteriormente com a criação da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), em 1996²⁷. No âmbito regional, destacaram-se, também, a criação, no âmbito do Mercosul, da Reunião de Ministros da Saúde, em 1995, e do Subgrupo de Trabalho nº 11 (Saúde), em 1996²⁸.

A partir da década de 1990, experiências brasileiras exitosas na área da saúde tornaram-se mundialmente reconhecidas, destacando-se iniciativas como o Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, criado em 1988, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, estabelecido em 1989, e a Rede Nacional de Bancos de Leite Humano, instituída em 1998. Formuladas ao amparo do discurso e da prática universalistas do SUS, tais iniciativas foram concebidas, executadas e aprimoradas com a ativa participação da sociedade civil. Essas experiências bem-sucedidas credenciaram o país a atuar como ator engajado em diversos foros internacionais relacionados, direta ou indiretamente, à saúde.

A escolha das três experiências supramencionadas, que serão abordadas a seguir, deveu-se à sua importância como episódios emblemáticos da ação internacional brasileira nas dimensões multilateral e de cooperação técnica. A partir dessas iniciativas precursoras, concebidas e expandidas na primeira década após a criação do SUS, o Brasil lançou-se ao mundo como ator incontornável no âmbito internacional da saúde. Mais recentemente, outras áreas também têm se destacado como frentes de atuação multilateral e de cooperação internacional na agenda da política externa brasileira, valendo-se das experiências prévias nessas iniciativas.

²⁷ Ver, a esse respeito, o artigo “Cooperação em saúde com países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP)”, de Luciano Ávila Queiroz e Layana Costa Alves.

²⁸ A Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul foi criada pela Decisão nº 3/95 do Conselho do Mercado Comum, em 05/08/1995. O Subgrupo de Trabalho nº 11 “Saúde” foi criado pela Resolução nº 151/96 do Grupo Mercado Comum, em 13/12/1996. Ver, a esse respeito, o artigo “A integração regional para o fortalecimento dos sistemas de saúde: o caso do Mercosul”, de Wesley Lopes Kuhn e Sonia Maria Pereira Damasceno.

3.1 O Brasil na Assembleia Mundial da Saúde: um novo discurso

Entre o final da década de 1980 e o início da década de 1990, elementos comuns nos discursos dos representantes brasileiros na Assembleia Mundial da Saúde (AMS)²⁹ foram o reconhecimento da situação de crise econômica e social enfrentada pelo país e a caracterização do novo sistema público de saúde em construção como resposta governamental aos desafios enfrentados para concretizar a saúde como direito humano fundamental. Em 1989, o ministro Seigo Tsuzuki criticou, perante a 42ª AMS, a deterioração dos termos de troca como responsável pela crise econômica e financeira enfrentada pelo Brasil e por seus efeitos adversos sobre o sistema de saúde, comprometendo o objetivo de alcançar a “Saúde para Todos no Ano 2000”, conforme o compromisso de Alma-Ata (BRASIL, 1989). Em 1991, o ministro Alcení Guerra chamou a atenção da 43ª AMS para a “relação inerente” entre a dívida social interna e a dívida externa, problema alarmante na América Latina e no Caribe naquele momento, e afirmou ser imperativo repensar a relação entre o crescimento econômico e o desenvolvimento social integrado nos países em desenvolvimento. Afirmou, a esse respeito, que “a saúde é uma dívida social imensa e urgente que devemos a nossos povos, e ela não pode ser negligenciada no curso das negociações sobre a dívida externa” (BRASIL, 1991).

A partir da década de 1990, o discurso brasileiro na AMS também passaria a ser influenciado pela defesa da redução das desigualdades (RUBARTH, 1999). Da mesma maneira, o universalismo do sistema de saúde pública nacional também forneceria elementos para uma atuação externa crescentemente atuante. Desde então, o tema da redução das desigualdades no acesso à saúde tem sido objeto constante do posicionamento brasileiro nos foros internacionais que tratam da matéria, especialmente na OMS. Como sintetizou o ministro Gilberto Occhi na 71ª AMS, em 2018, “não há saúde universal sem a adoção de políticas voltadas à superação de desigualdades de gênero, étnico-raciais, econômicas, regionais e sociais no acesso à saúde” (BRASIL, 2018c).

Em seu discurso na 43ª AMS, o secretário-executivo do Ministério da Saúde, Luís Romero Farias, pontuou a importância de promover o acesso à saúde a todos, sem distinções socioeconômicas, geográficas ou culturais (BRASIL, 1990b). Perspectiva semelhante se faria presente no discurso do ministro José Carlos Seixas na 48ª AMS, em 1995. Em suas palavras, “a principal ideia envolvida na promoção da equidade e da solidariedade na saúde [...] é não apenas uma luta contra a desigualdade, mas [também] uma tentativa de erradicar injustiças inaceitáveis ainda existentes em muitas sociedades” (BRASIL, 1995).

²⁹ A Assembleia Mundial da Saúde é o órgão decisório da OMS e representa a pluralidade de seus 194 Estados membros. São membros da OMS todos os 193 Estados membros da ONU, exceto Liechtenstein, além de Niue e Ilhas Cook.

Na 50ª AMS, em 1997, o ministro Carlos Albuquerque afirmou ser necessário reorientar o “emprego abusivo dos recursos tecnológicos, de maneira que possam ampliar sua função social, promovendo a equidade [...] [e] contribuindo para a redução da desigualdade” (BRASIL, 1997). Em 1998, o ministro José Serra chamou a atenção, durante a 51ª AMS, para a preocupação especial com a saúde da mulher como parte não só do compromisso com a erradicação da discriminação no acesso à saúde, mas também do reconhecimento do “papel essencial das mulheres na promoção do desenvolvimento sustentável” (BRASIL, 1998). No ano seguinte, o ministro Serra reiteraria o reconhecimento “da importância das questões de gênero no processo de desenvolvimento e sua ligação próxima com a saúde” (BRASIL, 1999).

O discurso do Brasil nos foros multilaterais de saúde passou a incorporar, a partir de meados da década de 1990, elementos que lhe conferem coerência com os posicionamentos tradicionalmente defendidos pelo Brasil no plano internacional. Os princípios que passaram balizar as posições adotadas pelo Brasil em matéria de saúde estão refletidos, em grande medida, na evolução das políticas públicas nacionais após a criação do SUS.

3.2 O enfrentamento à aids e o acesso a medicamentos

O início da atuação internacional destacada do Brasil no âmbito da saúde esteve relacionado ao enfrentamento à aids, importante bandeira das políticas públicas de saúde no país na década de 1990³⁰. A epidemia de aids foi identificada no Brasil pela primeira vez em 1982. Desde o final da década de 1980, a mobilização da sociedade civil contribuiu para ampliar a participação e o controle social, por meio de instâncias como o Conselho Nacional de Saúde³¹ e a Comissão Nacional de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais³² (CNAIDS), com vistas ao fortalecimento da resposta governamental à epidemia.

Uma das principais dimensões do programa brasileiro de aids é a distribuição universal e gratuita de antirretrovirais na rede pública de saúde, subsidiada pelo orçamento do Ministério da Saúde. Em 1988, o Ministério da Saúde deu início à distribuição de medicamentos no sistema público para tratamento das infecções oportunistas que acometem os pacientes com aids. Em 1991, a terapia antirretroviral também passou a

³⁰ Ver, a esse respeito, o artigo “Cooperação técnica e humanitária internacional e o protagonismo brasileiro na resposta regional e global ao HIV”, de Mauro Teixeira de Figueiredo.

³¹ Instituído em 1937 como órgão consultivo do Ministério da Saúde, passou a ter, a partir de 1990, caráter deliberativo, sendo integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde (Decreto nº 99.438, de 07/08/1990).

³² Instituída em 1986, a CNAIDS “tem como objetivos assessorar o Ministério da Saúde na definição de mecanismos técnico-operacionais para o controle da aids, coordenar a produção de documentos técnicos e científicos e auxiliar o Ministério da Saúde na avaliação de desempenho dos diversos componentes da ação de controle da aids” (BRASIL, 2018b).

ser oferecida na rede pública (BRASIL, 1999). Por força da Lei nº 9.313, de 13/11/1996, estabeleceu-se a distribuição gratuita de toda a medicação necessária ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/aids no país (BRASIL, 1996). Como consequência, em 1997, os gastos em reais do Ministério da Saúde com drogas antirretrovirais foram sete vezes o valor do ano anterior (BRASIL, 1999). Paralelamente, foi desenvolvida uma rede logística de distribuição de medicamentos, promoveu-se a capacitação de recursos humanos em diagnóstico e assistência, foram fortalecidos os laboratórios públicos e estabelecidos, com o apoio de comitês assessores, critérios e recomendações para o tratamento (GALVÃO, 2002).

A ampliação do tratamento no Brasil permitiu não apenas a redução das mortes associadas à aids, mas também a diminuição de custos de tratamentos hospitalares, a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, a continuação da produtividade das pessoas vivendo com HIV e a redução da velocidade de disseminação da doença (CARDOSO, 1998; BRASIL, 2001; BRASIL, 2002b). O ministro José Serra afirmou à 52ª AMS, em 1999, que a provisão de medicamentos gratuitos a todos os pacientes com HIV/aids era uma das prioridades da gestão da saúde pública no Brasil (BRASIL, 1999). Em 1998, a primeira-dama e presidente do Programa Comunidade Solidária³³ Ruth Cardoso discursou na cerimônia de abertura da 12ª Conferência Mundial de Aids, em Genebra. Na ocasião, afirmou acreditar que

o aspecto mais distinto da mobilização do Brasil contra a aids tem sido a interação dinâmica entre as iniciativas de base e as políticas públicas. (...) Como resultado, o Estado no Brasil reconheceu o valor de trabalhar em conjunto com a sociedade civil. (...) [O] programa nacional de combate à aids está baseado nos conceitos de abertura, descentralização, parcerias multissetoriais e apoio a iniciativas inovadoras orientadas para as comunidades (CARDOSO, 1998, p. 3-4).

O programa brasileiro de distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais foi considerado modelo pela OMS, tendo sido classificado como o mais avançado e de maior alcance no mundo em desenvolvimento (BRASIL, 2001). Na OMS e em outros foros multilaterais, em conformidade com os princípios que regem o programa nacional para o HIV/aids e com as posições brasileiras em outros foros das Nações Unidas, o Brasil passou a defender o reconhecimento do direito universal ao acesso a medicamentos a preços justos e razoáveis como parte do direito humano à saúde (BRASIL, 2003c).

A crítica brasileira aos altos preços de medicamentos já havia sido inicialmente exposta pelo ministro Adib Jatene em sua alocação perante a 45ª AMS, em 1992, oca-

³³ Criado pelo Decreto nº 1.366, de 12 de janeiro de 1995, com o objetivo de “coordenar as ações governamentais voltadas para o atendimento da parcela da população que não dispõe de meios para prover suas necessidades básicas e, em especial, o combate à fome e à pobreza”.

sião em que afirmou ser necessário “ajustar os preços dos medicamentos às realidades econômicas dos países em desenvolvimento, especialmente quando esses produtos estão para ser usados em programas governamentais voltados às populações de baixa renda”, pelo bem do fortalecimento da “ética entre as nações” e da justiça (BRASIL, 1992). Em 1995, o ministro José Carlos Seixas denunciou, na 48ª AMS, que “a prática médica tem se tornado um mero negócio”, identificando que os preços de medicamentos são determinados de acordo com os interesses das empresas farmacêuticas e não levam em consideração o poder de compra da população, o que contribui para ampliar a exclusão social (BRASIL, 1995). Como instrumento para criar a vontade política para garantir que os preços fossem compatíveis com as realidades econômicas dos países em desenvolvimento, o ministro Seixas propôs a criação de um fundo, estabelecido por meio da taxação de operações financeiras internacionais. A ideia, entretanto, não prosperaria naquele momento. Onze anos depois, em 2006, foi criada no âmbito da OMS, a partir de proposta apresentada conjuntamente por Brasil, Chile, França, Noruega e Reino Unido, a UNITAID, mecanismo de financiamento inovador concebido para promover a compra de medicamentos, diagnósticos e ferramentas de prevenção de HIV/aids, malária e tuberculose em países em desenvolvimento com alta carga dessas doenças.

Em seu discurso na AMS de 2001, o ministro José Serra destacou a importância da distribuição gratuita de medicamentos para pessoas com aids como política assegurada pela legislação no Brasil e a necessidade de tratamento intersetorial da questão, envolvendo também outras organizações internacionais, para garantir o acesso a medicamentos e a redução de custos e preços em países em desenvolvimento (BRASIL, 2001). Na Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU sobre o HIV/Aids, realizada em 2001, prevaleceu o entendimento de que o combate à pandemia requer ação global conjunta, compreendendo as áreas de prevenção, assistência, tratamento e direitos humanos (BRASIL, 2002b).

A produção nacional de antirretrovirais genéricos também foi estimulada como estratégia para a redução de custos de medicamentos. A lei brasileira de propriedade intelectual³⁴ prevê, em seu artigo 68, a possibilidade de licenciamento compulsório de patentes em decorrência da prática de abuso do poder econômico. No início da década de 2000, as restrições impostas pelas disposições do Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS) ao desenvolvimento do discurso universalista em saúde, por permitir que produtos e processos farmacêuticos sejam patenteáveis³⁵, e a adoção de práticas farmacêuticas que limitam a capacidade de acesso a medicamentos, especialmente em países em desenvolvimento, levaram o Brasil a defender o balanço entre o respeito aos compromissos assumidos no âmbito

³⁴ Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996.

³⁵ Em conformidade com o artigo 27 do TRIPS.

da Organização Mundial do Comércio (OMC) e a legítima preocupação de estimular e reforçar o acesso a medicamentos essenciais³⁶. Esse posicionamento se veria refletido em foros multilaterais como a AGNU³⁷, a extinta Comissão de Direitos Humanos da ONU e seu sucessor, o Conselho de Direitos Humanos da ONU³⁸, o CSNU³⁹, a OMC⁴⁰ e, naturalmente, a OMS.

Na OMC, a partir de proposta do grupo africano, o Brasil liderou o processo negociador que conduziria à aprovação, em 2001, da Declaração de Doha sobre o TRIPS e Saúde Pública, que dispõe que o TRIPS “pode e deveria ser interpretado e implementado de forma favorável ao direito dos membros da OMC de proteger a saúde pública e, em particular, de promover o acesso a medicamentos para todos” (OMC, 2001, tradução nossa). Permitiu-se, assim, a manutenção de programas de produção de medicamentos genéricos como o brasileiro, que prevê a possibilidade de licenciamento compulsório de medicamentos. A atuação do Brasil na defesa do acesso amplo a medicamentos culminou com a preponderância da tese nacional de que os interesses da saúde pública prevalecem nas questões comerciais (BRASIL, 2002b).

Na OMS, em 2003, a aprovação por consenso da resolução “Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health”⁴¹, a partir de proposta brasileira que recebeu apoio de vários países em desenvolvimento, levou ao estabelecimento, naquele ano, da Comissão sobre Direitos de Propriedade Intelectual, Inovação e Saúde Pública (BERMUDEZ; OLIVEIRA, 2004). Reconheceu-se, assim, que, embora os direitos de propriedade intelectual sejam relevantes para a inovação em matéria de saúde pública e para o acesso a medicamentos, não são o único fator importante.

A mesma orientação seria verificada no discurso brasileiro em governos posteriores. Em 2005, o ministro Humberto Costa destacou, perante a 58ª AMS, a disposição do governo brasileiro para fazer uso de todas as flexibilizações possíveis no Acordo TRIPS e na Declaração de Doha, inclusive o licenciamento compulsório, caso necessário para assegurar a sustentabilidade da política brasileira de garantir acesso universal

³⁶ Em 2001, os altos custos cobrados por laboratórios farmacêuticos estrangeiros por medicamentos usados no tratamento da aids levaram o Ministério da Saúde a mencionar a possibilidade de realizar o licenciamento compulsório para garantir a redução de preços, o que ensejou o pedido de abertura de um painel contra o Brasil pelos Estados Unidos no âmbito da OMC e levou à concordância com a renegociação e redução de preços pelas empresas. Os EUA argumentaram que o Art. 68 da lei brasileira de propriedade intelectual violaria o Acordo TRIPS da OMC. Alguns meses mais tarde, os EUA retiraram a queixa perante a OMC. Ver, a esse respeito, o artigo “A atuação internacional do Ministério da Saúde no tema de acesso a medicamentos”, de Roberta Vargas de Moraes.

³⁷ Resolução A/RES/58/179, 2003.

³⁸ Resolução E/CN.4/RES/2001/33, 2001; Resolução E/CN.4/RES/2002/31, 2002. Esta última estabeleceu o mandato do Relator Especial sobre o Direito de Todos ao Usufruto dos mais altos Padrões Atingíveis de Saúde Física e Mental. Com a substituição da Comissão de Direitos Humanos pelo Conselho de Direitos Humanos da ONU em 2006, o mandato foi endossado e sucessivamente estendido pelo Conselho de Direitos Humanos. Em 2016, a Resolução A/HRC/RES/33/9 estendeu o mandato do relator por um período adicional de três anos.

³⁹ Resolução S/RES/1308, 2000.

⁴⁰ Declaração WT/MIN(01)/DEC/2, 2001.

⁴¹ Resolução WHA56.27, 2003 (OMS, 2003a).

aos antirretrovirais⁴² (BRASIL, 2005). O ministro Alexandre Padilha, em discurso perante a 64ª AMS, em 2011, destacou a importância da igualdade no acesso à prevenção e ao tratamento como caminho para solucionar o desafio do HIV/aids (BRASIL, 2011). Similarmente, na 69ª AMS, em 2016, o ministro Ricardo Barros recordou o fato de o Brasil ter sido o primeiro país em desenvolvimento a oferecer tratamento universal com antirretrovirais e afirmou que o acesso ao tratamento permanece como pilar da resposta brasileira à epidemia de aids (BRASIL, 2016). Corroborando o posicionamento histórico do Brasil nessa matéria, o ministro Gilberto Occhi afirmou, em seu discurso na 71ª AMS, em 2018, que “não há saúde universal sem o acesso a medicamentos, vacinas, tecnologias e serviços de saúde” (BRASIL, 2018c).

Com relação à política de enfrentamento ao HIV/aids e à defesa do acesso a medicamentos, verifica-se que os avanços domésticos nessa matéria permitiram ao Brasil atuar como referência internacional e influenciar debates multilaterais que visam a assegurar a saúde como direito. Os eventuais limites impostos à atuação da OMS por interesses externos com grande capacidade de influência sobre os posicionamentos de atores centrais na Organização fazem dessa questão objeto constante de debates. Em consonância com sua atuação histórica nessa temática, doméstica e internacionalmente, o Brasil segue engajado na defesa do acesso a medicamentos como dimensão prioritária de suas políticas públicas em matéria de saúde.

3.3 Controle do tabaco

Os avanços nacionais na área de controle do tabaco também possibilitaram, ao longo das últimas décadas, ação destacada do Brasil nessa matéria no plano internacional. O Brasil é o segundo maior produtor e o maior exportador de folhas de fumo do mundo (OMS, 2017). Apesar do lobby político, agrícola e industrial relacionado a esse tema, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo foi efetivo para a adoção de medidas legislativas, fiscais, regulatórias, publicitárias, trabalhistas, econômicas, agrícolas, sanitárias e de conscientização pública que levaram à redução da prevalência de tabagismo de 34,8% da população brasileira em 1989 para 10,2% em 2016 (BRASIL, 2017; BRASIL, 2018a). O programa brasileiro de combate ao tabagismo foi considerado modelo pela OMS (BRASIL, 2003c).

Os esforços para o controle do tabagismo do Brasil tiveram início nos anos 1960, avançando nas décadas seguintes com ações estaduais de restrição e combate ao fumo e culminando, em 1986, na criação do Programa Nacional de Combate ao Fumo, de gestão compartilhada entre o INAMPS e o Ministério da Saúde (PORTES et al., 2018b).

⁴² Em 2007, o governo brasileiro determinou, pela primeira e única vez até o momento, o licenciamento compulsório de patentes relativas ao antirretroviral efavirenz, fazendo uso da flexibilidade prevista no âmbito do Acordo TRIPS.

Em 1989, foi criado o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, coordenado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), vinculado ao Ministério da Saúde.

A partir de 1995, quando se deu início às discussões sobre a adoção de um instrumento internacional sobre o controle do tabaco no âmbito da OMS⁴³, o Brasil engajou-se de maneira ativa e conduziu seu processo negociador (BRASIL, 2003b). Em 2000, na 53ª AMS, o ministro José Serra afirmou que o Brasil desempenharia “papel de vanguarda no processo de elaboração da futura convenção-quadro sobre o controle do tabaco e seus protocolos” (BRASIL, 2000b). Como recordam PORTES et al (2018b),

[o] Brasil teve um papel central desde o princípio nas negociações da [Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT)] (1999-2003). Por já apresentar um programa de controle do tabagismo robusto nessa época e ser um país em desenvolvimento produtor de fumo, foi indicado como vice-presidente do grupo de trabalho aberto aos Estados membros da OMS que preparou a primeira proposta de texto do tratado. Além de presidir o Órgão de Negociação Intergovernamental da CQCT, o Brasil liderou o grupo de trabalho que preparou a primeira Conferência das Partes, estrutura formada por todos os Estados Partes do tratado que guia o trabalho do Secretariado e negocia as bases de implementação do tratado em reuniões bianuais. O país manteve-se como uma liderança internacional do controle do tabaco nos anos subsequentes, com destaque para a nomeação de uma brasileira como chefe do Secretariado da CQCT em 2014 (PORTES et al, 2018b, p. 1838).

As conclusões da Comissão Nacional para o Controle do Uso do Tabaco (CNCT), órgão interministerial presidido pelo ministro da Saúde⁴⁴, balizaram a atuação da delegação brasileira durante a negociação do tratado (BRASIL, 2000a). A CQCT, firmada em 2003, foi o primeiro tratado internacional de saúde pública da história da OMS, ampliando o campo de atuação da Organização à esfera normativa⁴⁵.

Com a assinatura da CQCT pelo governo brasileiro, em 2003, a CNCT substituiu seu caráter consultivo pelo papel executivo, voltado à implantação das obrigações do tratado no país, e passou a chamar-se Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus Protocolos (CONICQ)⁴⁶. A CONICQ reúne representantes de diversos ministérios, órgãos e agências governamentais e tem como uma de suas competências “estabelecer diálogo com instituições e entidades nacionais e internacionais cujos objetivos e atividades possam trazer contribui-

⁴³ Resolução WHA48.11, 1995.

⁴⁴ A CNCT foi criada pelo Decreto nº 3/136, de 13/09/1999.

⁴⁵ Embora o artigo 19 da Constituição da OMS preveja a possibilidade de adoção de “convenções ou acordos respeitantes a qualquer assunto que seja da competência da Organização” (OMS, 1946), esse dispositivo nunca havia sido posto em prática até então.

⁴⁶ A CONICQ foi criada pelo decreto de 01/09/2003.

ção relevante para as questões de sua competência” (BRASIL, 2003a). Em 2006, as ações nacionais intersetoriais antitabagistas passaram a integrar a chamada Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT) (PORTES et al, 2018a).

A interação e a troca de experiências com organizações da sociedade civil, como a Aliança de Controle do Tabagismo, associações médicas, membros da academia e associações de defesa dos agricultores familiares e dos consumidores, têm sido fundamentais para fortalecer ações concretas junto à sociedade e aos representantes governamentais no marco da PNCT. Promove-se, dessa maneira, diálogo profícuo que contribui para a formulação de políticas públicas voltadas ao cumprimento das obrigações da CQCT e para a construção da posição brasileira no âmbito das Conferências das Partes da Convenção, realizadas a cada dois anos.

Na 56ª AMS, em 2003, o ministro Humberto Costa destacou a adoção da CQCT como apenas o primeiro passo para o efetivo controle do tabaco, que figura como obrigação moral a todos os Estados (BRASIL, 2003d). O ministro Alexandre Padilha destacou, perante a 65ª AMS, em 2012, a importância da legislação e da adoção de medidas fiscais e regulatórias para o controle do tabaco (BRASIL, 2012). Em 2016, o ministro Ricardo Barros recordou a legislação nacional de combate ao fumo em espaços públicos e destacou os dados de redução expressiva da prevalência de tabagismo no Brasil (BRASIL, 2016).

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável incluem como uma das metas referentes à saúde o fortalecimento da implementação da CQCT⁴⁷. As três dimensões do desenvolvimento sustentável guardam relação próxima com o posicionamento que tem sido adotado pelo Brasil nos foros internacionais a respeito do enfrentamento ao tabagismo, caracterizando-se pelo equilíbrio entre as preocupações nos âmbitos econômico, social e ambiental. Na 7ª Conferência das Partes da CQCT, realizada em Nova Delhi, em 2016, foi aprovado projeto de decisão apresentado conjuntamente pelo Brasil e pela Índia sobre os artigos 17 e 18 da CQCT, que tratam de alternativas economicamente sustentáveis ao cultivo do tabaco e da proteção ao meio ambiente e à saúde das pessoas (OMS, 2003b), temática de particular interesse para organizações da sociedade civil brasileira engajadas nessa matéria.

A importância da participação da sociedade civil organizada para atingir o objetivo da CQCT é reconhecida no §7º do artigo 4 da Convenção (OMS, 2003b). Da mesma maneira, a CONICQ elenca o diálogo e a cooperação com organizações não governamentais como elementos para o alcance de seus propósitos de assessoramento ao governo brasileiro⁴⁸. Ao engajar a sociedade civil para articular a organização e a

⁴⁷ O objetivo 3 visa a “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”, e a meta 3.a objetiva “fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde em todos os países, conforme apropriado” (BRASIL, 2015a).

⁴⁸ Decreto de 01/09/2003, Art. 2º, incisos VII e VIII.

implementação de agenda governamental intersetorial para o cumprimento das obrigações previstas na CQCT, promove-se, igualmente, a dimensão pública da política externa brasileira, fortalecendo e legitimando a ação internacional do país nessa matéria.

3.4 Bancos de leite humano

Outra dimensão da atuação internacional brasileira em matéria de saúde na qual os expressivos avanços internos, acompanhados do engajamento e da participação social, motivaram a ação externa do país foi o estabelecimento de bancos de leite humano como estratégia eficaz para redução da morbidade e da mortalidade⁴⁹ infantil. Embora tenham começado a ser implantados a partir da década de 1940 no país, os bancos de leite humano foram pouco representativos até o início da década de 1980 e destinavam-se ao atendimento a situações emergenciais, cumprindo função comercial. O Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, lançado em 1981, foi concebido para elevar as taxas de aleitamento materno. A partir de 1985, houve significativa expansão dos bancos de leite humano no Brasil, levando à necessidade de disciplinar sua operação. Em 1988, uma portaria do Ministério da Saúde⁵⁰ estabeleceu normas para regular a instalação e o funcionamento dos bancos de leite humano (ALMEIDA, 1999; PITTAS e DRI, 2017).

Com a realização de fóruns de debate e compartilhamento de experiências – como os Encontros Nacionais de Bancos de Leite Humano, em 1992 e 1995, e o I Congresso Brasileiro de Bancos de Leite Humano, em 1998 –, estabeleceu-se um modelo participativo de planejamento e gestão. Em 1998, o Ministério da Saúde, por meio do Centro de Referência Nacional da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), criou a Rede Nacional de Bancos de Leite Humano. Essa nova lógica operacional de trabalho em rede contribuiu para a expansão das atividades dos bancos de leite humano no território nacional (MAIA et al., 2006). O Brasil tem, atualmente, a maior e mais complexa rede de bancos de leite humano do mundo. Há no país 220 bancos de leite humano e 199 postos de coleta. No ano de 2017, foram coletados 215 mil litros de leite humano, distribuídos a quase 200 mil recém-nascidos (FIOCRUZ, 2018).

Além de prevenir a desnutrição infantil, os bancos de leite também são estratégia essencial para proteção da saúde de filhos de mães portadoras do HIV, evitando a transmissão vertical do vírus. Em 2001, durante a 54ª Assembleia Mundial da Saúde, a Rede foi agraciada pela OMS com o Prêmio Sasakawa de Saúde, que premia trabalhos inovadores no desenvolvimento da saúde. Em seu discurso na AMS naquele ano, o ministro José Serra destacou os êxitos da amamentação para o combate à desnutrição infantil no

⁴⁹ A morbidade refere-se à aquisição de doenças por uma população. A mortalidade refere-se apenas aos casos em que a enfermidade leva ao óbito.

⁵⁰ Portaria MS nº 322, de 26/05/1988.

Brasil e o potencial de sua promoção em escala mundial (BRASIL, 2001). Em 2002, a partir de proposta brasileira, a 55ª AMS endossou a Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância⁵¹, reconhecendo a amamentação como recomendação global de saúde pública nos primeiros seis meses de vida.

O sucesso da implantação dos bancos de leite humano como estratégia de fortalecimento da saúde infantil no Brasil trouxe reconhecimento internacional ao país e possibilitou o uso dessa experiência como instrumento de política externa e cooperação internacional. Data de 1996 o primeiro contato oficial com o governo brasileiro – feito pela Venezuela – para o estabelecimento de cooperação internacional voltada à implantação de bancos de leite humano (PITTAS e DRI, 2017). A partir de meados da década de 2000, com o apoio da OPAS, teve início um esforço sistemático de ampliação da rede de bancos de leite humano para os demais países do continente americano. Em 2008, o trabalho de cooperação internacional realizado pelo Brasil nessa matéria foi ampliado para os países membros da CPLP, iniciativa que culminou com a aprovação, em 2017, do estabelecimento da Rede de Bancos de Leite Humano da Comunidade (BRASIL, 2017). Em iniciativa coordenada pela Agência Brasileira de Cooperação, em parceria com o Ministério da Saúde e a Fiocruz, o Brasil já forneceu apoio técnico para implantação de bancos de leite humano em outros 19 países das Américas, três países africanos e um país europeu (ALMEIDA et al., 2017; FIOCRUZ, 2018).



Ao longo das últimas três décadas, as políticas públicas do setor de saúde passaram a ter a universalidade do SUS como norte para sua concepção, sua implantação e seu aperfeiçoamento, com mecanismos de participação e controle social que possibilitam maior transparência e responsabilidade administrativa. Nesse período, a atuação internacional do Brasil em matéria de saúde foi diretamente influenciada pelas capacidades e pelas experiências domésticas e balizada pelos mesmos princípios de universalidade e igualdade que caracterizam o direito à saúde no país. Ao refletir a visão nacional sobre a saúde como direito humano e direito social⁵², a política externa brasileira assegura maior legitimidade ao seu discurso e maior eficácia à sua ação internacional, o que permite reforçar e disseminar junto à comunidade internacional princípios caros ao Brasil e à sua sociedade.

⁵¹ Resolução WHA55.25, 2002.

⁵² Apesar de serem frequentemente usados como sinônimos e de haver significativa inter-relação entre eles, os termos “direitos humanos” e “direitos sociais” diferem, no plano jurídico, por sua positivação. Os direitos humanos referem-se, nessa distinção, àqueles reconhecidos como de vigência universal no âmbito do direito internacional público. Os direitos sociais (ou direitos fundamentais), por sua vez, são aqueles que estão positivados na Constituição de um Estado e representam a base ética e normativa do sistema jurídico nacional (COMPARATO, 2007; SARLET, 2006).

4 Considerações finais: saúde, política externa e sociedade

O respaldo doméstico à atuação externa confere ao Brasil a credibilidade necessária para transformar potencialidades internas em ativos de política exterior. Conseqüentemente, o discurso de política externa e a própria capacidade de agência do país no plano internacional são fortalecidos. Da mesma maneira, a atuação externa também fortalece as políticas nacionais, ao consagrar a perspectiva nacional sobre desafios globais de saúde pública.

O fundamento de validade de uma política pública reside em sua capacidade de traduzir as necessidades e os anseios da sociedade em ações governamentais concretas e efetivas. Como política pública, a política externa deve ser a expressão dos valores da sociedade que representa. O Brasil, país de tradição pacifista que tem na promoção do desenvolvimento o principal vetor de sua política externa, apresenta-se ao mundo como ator engajado na promoção dos valores da paz, da igualdade, da cooperação e dos direitos humanos⁵³.

Na área da saúde, a atuação internacional brasileira nas últimas três décadas evidenciou a convergência entre as prioridades e as ações domésticas e o discurso de política externa do país. Em consonância com a determinação constitucional do modelo universalista de saúde pública, a defesa do acesso universal à saúde como direito social e dever do Estado tem sido tema recorrente no discurso brasileiro nos foros internacionais de que participa. Da mesma maneira, a cooperação internacional brasileira na área de saúde tem sido voltada ao fortalecimento dos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento, com sensibilidade para as prioridades locais, em conformidade com o princípio constitucional da cooperação entre os povos para o progresso da humanidade⁵⁴.

Os exemplos supramencionados da atuação brasileira em políticas voltadas ao HIV/aids, ao controle do tabaco e à instalação de bancos de leite humano representam práticas bem-sucedidas do uso da diplomacia pública como embasamento para o discurso de política externa do país. Em via de mão dupla, as políticas públicas nacionais na área de saúde são, igualmente, fortalecidas pela consagração dos princípios, valores e políticas defendidos pelo Brasil no plano internacional.

Essa vinculação entre políticas domésticas de saúde e a atuação internacional do Brasil tem levado, em anos recentes, à ampliação de sua área de atuação. No marco dos quarenta anos do Plano de Ação de Buenos Aires (ONU, 1978), documento que estabelece um quadro conceitual e operacional abrangente para a promoção da cooperação Sul-Sul, o Ministério da Saúde tem contribuído para fortalecer a construção

⁵³ Em conformidade com o artigo 4º da Constituição Federal de 1988, sobre os princípios que regem as relações internacionais do Brasil (BRASIL, 1988a).

⁵⁴ Conforme o artigo 4º, inciso IX da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988a).

de capacidades, a resposta conjunta a desafios de saúde pública e a promoção do desenvolvimento no mundo. Em temas relacionados à segurança alimentar e nutricional, por exemplo, o Brasil tem liderado o engajamento da região das Américas no âmbito da Década de Ação das Nações Unidas para a Nutrição (2016-2025), ao mesmo tempo em que se constrói, internamente, uma das políticas mais avançadas em matéria de alimentação e nutrição. Em outra frente de ação, o Ministério da Saúde lançou, em 2017, o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública, elaborado com a participação de gestores estaduais e municipais, representantes da academia e da sociedade civil e baseado nas recomendações da Estratégia Fim da Tuberculose da OMS. No mesmo ano, foi estabelecida a Rede de Pesquisa em Tuberculose do BRICS. A experiência brasileira no combate ao câncer, à doença falciforme e à malária tem, também, subsidiado a expansão de projetos de cooperação internacional realizados pelo Brasil, beneficiando, sobretudo, os países latino-americanos e caribenhos e os países africanos de língua portuguesa, em um quadro amplo de construção de capacidades e fortalecimento dos sistemas de saúde locais. Esses exemplos corroboram a perspectiva de que a vinculação entre as capacidades domésticas e a ação externa em matéria de saúde, seja em foros multilaterais, seja em ações de cooperação, é benéfica tanto para a projeção internacional do Brasil quanto para a consolidação de políticas nacionais.

Em 2018, ano em que se comemoram os setenta anos da Organização Mundial da Saúde, os quarenta anos da Declaração de Alma-Ata e os trinta anos do SUS, é simbólico que a OMS tenha escolhido a cobertura universal de saúde como tema para o Dia Mundial da Saúde, comemorado em 7 de abril. O direito humano à saúde, constitucionalmente assegurado no Brasil, fundamenta o discurso da política externa nacional, que se torna mais legítima, eficiente e democrática à medida que incorpora esses valores.

Resgatando as palavras do chanceler San Tiago Dantas,

[s]abemos, por força mesmo das nossas convicções democráticas, que a democracia é um regime que só se instaura de maneira eficaz, duradoura e válida quando procede do próprio sentimento e da própria vontade popular, quando não é o resultado de uma influência vinda de fora, mas o produto de uma evolução interna que tem como raiz o amadurecimento da vontade do povo (DANTAS, Francisco Clementino de San Tiago apud FRANCO, 2007, p. 161).

A política externa brasileira em matéria de saúde beneficia-se da experiência e da competência técnica do Ministério da Saúde e do SUS – compreendido também pelas outras esferas da federação e por suas instâncias participativas – na elaboração e na implantação de políticas públicas eficazes, democráticas e participativas.

Em seus vinte anos de história, a AISA tem contribuído, dessa maneira, para fazer o elo entre, por um lado, o discurso e a realidade da saúde pública brasileira e, por

outro, a elaboração de uma política externa em saúde atenta ao verdadeiro interesse nacional. Para o futuro, deverá seguir avançando em sua missão de prospectar áreas e políticas de excelência que possam balizar a ação internacional do país, bem como beneficiar-se do intercâmbio de experiências, perspectivas e debates internacionais para o aperfeiçoamento das políticas domésticas e a melhoria das condições de saúde e de vida da sociedade brasileira. A diplomacia pública e a política nacional de saúde complementam-se, assim, de maneira direta, fortalecendo o discurso brasileiro como nação engajada com a saúde e com o desenvolvimento, dentro e fora do país.

Referências

- ALCÁZAR, S. **A inserção da saúde na política exterior brasileira**. Brasília: IRBr, 2005. 48º Curso de Altos Estudos do Instituto Rio Branco.
- ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- ALMEIDA, João A. G. et al. **Cooperação Técnica Internacional em Bancos de Leite Humano – Fiocruz/ABC: uma boa prática em cooperação internacional?** In: ALMINO, João; LIMA, Sérgio Eduardo Moreira (Org.). **30 anos da ABC: visões da cooperação técnica internacional brasileira**. Brasília: Funag, 2017. p. 255-281.
- BERMUDEZ, J. A. Z.; OLIVEIRA, M. A. **Intellectual Property Rights in the Context of the WTO TRIPS Agreement: challenges for public health**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- _____. Ministério das Relações Exteriores. **Diplomacia pública**. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/diplomacia-publica>>. Acesso em: 24 fev. 2018.
- _____. Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e seus Protocolos. **Prevalência de Tabagismo**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/>>. Acesso em: 24 fev. 2018.
- BROWN, T. M.; CUETO, M.; FEE, E. The World Health Organization and the transition from ‘international’ to ‘global’ public health. **American Journal of Public Health**, v. 96, n. 1, p. 62-72, 2006.
- BUSS, Paulo Marchiori. **Cooperação internacional em saúde do Brasil na era do SUS. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p.1881-1889, jun. 2018.
- CARDOSO, R. Discurso na cerimônia de abertura da 12ª Conferência Mundial de Aids, Genebra, 28 de junho de 1998. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 10, n. 2, 1998.
- CASTRO, F. M. O. **Dois séculos de história da organização do Itamaraty (1808-2008)**. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2009. v. 2.

CERVO, A. Conceitos em Relações Internacionais. **Revista Brasileira de Política Internacional**, v. 51, n. 2, p. 8-25, 2008.

_____. **Inserção internacional: formação dos conceitos brasileiros**. São Paulo: Saraiva, 2008.

COMPARATO, F. K. **A afirmação histórica dos Direitos Humanos**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

DANTAS, A. C.; LEITE, A. C. C. A análise de discurso como abordagem metodológica nas Relações Internacionais: a influência do Discurso de Segurança Humana na Política Externa Japonesa. **Carta Internacional**, v. 10, n. 2, p. 163-180, jul./dez. 2015.

DE FARIA, C. A. P. O Itamaraty e a política externa brasileira: do insulamento à busca de coordenação dos atores governamentais e de cooperação com os agentes societários. **Contexto internacional**, v. 34, n. 1, p. 311-355, 2012.

FEE, E.; CUETO, M.; BROWN, T. M. At the roots of the World Health Organization's challenges: politics and regionalization. **American Journal of Public Health**, v. 106, n. 11, p. 1912-1917, 2016.

FLEURY, S.; CARVALHO, A. I. **Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)**. Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

FONSECA JÚNIOR, G. **A legitimidade e outras questões internacionais**. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

FRANCO, Alvaro da Costa. **Documentos da política externa independente**. Rio de Janeiro: Centro de História e Documentação Diplomática; Brasília: Funag, 2007.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Rede Global de Bancos de Leite Humano**. Disponível em: <<https://rbhl.fiocruz.br>>. Acesso em: 24 fev. 2018.

GALVÃO, J. **AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia**. São Paulo: Editora 34, 2000. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS.

_____. A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: privilégio ou um direito? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 213-219, 2002.

LAFER, C. Brazilian international identity and foreign policy: past, present and future. **Daedalus special issue: Brazil: Burden of the Past. Promise of the Future**, v. 129, n. 2, p. 207-238, 2000.

LAFER, C; FONSECA JÚNIOR., G. Questões para a Diplomacia no Contexto Internacional das Polaridades Indefinidas (Notas Analíticas e Algumas Sugestões). In: FONSECA JÚNIOR., G.; CASTRO, S. (org.). **Temas de Política Externa Brasileira II**. Brasília: Funag; São Paulo: Paz e Terra, 1997. v. 1

MAIA, P. R. S. et al. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 6, n. 3, p. 285-292, 2006.

- MILANI, C. R. S.; PINHEIRO, L. Política externa brasileira: os desafios de sua caracterização como política pública. **Contexto internacional**, v. 35, n. 1, p.11-41, 2013.
- MONTEIRO, A. L.; VILLELA, W. V. A criação do Programa Nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da ideia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. **Revista Psicologia Política**, v. 9, n. 17, p. 25-45, 2009.
- NUNES, E. S. N. O valor da saúde: história da Organização Pan-Americana da Saúde. **Revista Brasileira de História**, v. 28, n. 56. p. 597-601, 2008.
- PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, v. 21, n.1, p. 15-35, 2014.
- PATRIOTA, A. A. Diplomacia e democratização. **Revista Política Externa**, v. 22, n. 2, p. 9-16), 2013.
- PIRES-ALVES, F. A.; PAIVA, C. H. A. **Recursos críticos**: história da cooperação técnica Opas-Brasil em recursos humanos para a saúde (1975-1988). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- PITTAS, T. M.; DRI, C. F. O diálogo entre saúde e política externa na cooperação brasileira em bancos de leite humano. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2277-2286), 2017.
- PORTES, L.H. et al. Trajetória da política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, 2018a.
- _____. A Política de Controle do Tabaco no Brasil: Um balanço de 30 anos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1837-1848, jun. 2018b.
- RUBARTH, E.O. **A diplomacia brasileira e os temas sociais**: o caso da saúde. Brasília: Funag, 1999.
- SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 6. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.
- SILVA, E. C. G.; SPÉCIE, P.; VITALE, D. Atual arranjo institucional da política externa brasileira. Brasília: IPEA, 2010. (Texto para Discussão, n. 1.489).
- VILLANOVA, C. L. D. **Diplomacia pública e imagem do Brasil no século XXI**. Brasília: Funag, 2017.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tobacco and its environmental impact**: an overview. Genebra, 2017.

Documentos e comunicações oficiais⁵⁵

BRASIL. Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953. “Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências”.

_____. “Constituição Federal da República Federativa do Brasil”, 1988a.

_____. Luiz Carlos Borges da Silveira, Ministro da Saúde. Discurso por ocasião da sessão plenária da 41ª Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 1988b.⁵⁶

_____. Seigo Tsuzuki, Ministro da Saúde. Discurso por ocasião da sessão plenária da 42ª Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 1989.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”, 1990a.

_____. Luis Romero Farias, Secretário-Executivo do Ministério da Saúde. Discurso por ocasião da sessão plenária da 43ª Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 1990b.

_____. Alceni Guerra, Ministro da Saúde. Discurso por ocasião da sessão plenária da 44ª Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 1991.

_____. Adib Jatene, Ministro da Saúde. Discurso por ocasião da sessão plenária da 45ª Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 1992.

_____. Jamil Haddad, Ministro da Saúde. Discurso por ocasião da sessão plenária da 46ª Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 1993.

_____. Henrique Santillo, Ministro da Saúde. Discurso por ocasião da sessão plenária da 47ª Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 1994.

_____. José Carlos Seixas, Ministro da Saúde. Discurso por ocasião da sessão plenária da 48ª Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 1995.

_____. Lei nº 9.313, de 13/11/1996. “Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS”.

_____. Carlos Albuquerque, Ministro da Saúde. Discurso por ocasião da sessão plenária da 50ª Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 1997.

_____. José Serra, Ministro da Saúde. Discurso por ocasião da sessão plenária da 51ª Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 1998.

⁵⁵ Na terminologia empregada pelo Ministério das Relações Exteriores, “despacho telegráfico” refere-se à comunicação oficial da Secretaria de Estado das Relações Exteriores (SERE) para um posto no exterior, e “telegrama” refere-se à comunicação oficial dos postos no exterior para a SERE em Brasília. “Delbrasgen” refere-se à missão permanente do Brasil junto às Nações Unidas e outros organismos internacionais em Genebra.

⁵⁶ Todos os discursos nas sessões plenárias da Assembleia Mundial da Saúde aqui mencionados estão disponíveis em: <<http://portals.saude.gov.br/noticias/aisa/42660-discursos-do-brasil-na-assembleia-mundial-da-saude>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

_____. José Serra, Ministro da Saúde. Discurso por ocasião da sessão plenária da 52ª Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 1999.

_____. Ministério das Relações Exteriores. Despacho telegráfico da Secretaria de Estado para Delbrasgen nº 925, de 11 out. 2000a.

_____. José Serra, Ministro da Saúde. Discurso por ocasião da sessão plenária da 53ª Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 2000b.

_____. José Serra, Ministro da Saúde. Discurso por ocasião da sessão plenária da 54ª Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 2001.

_____. Ministério das Relações Exteriores. Telegrama de Delbrasgen para a Secretaria de Estado nº 1264, de 10 jun. 2002a.

_____. Otávio Mercadante, Secretário-Executivo do Ministério da Saúde. Discurso por ocasião da sessão plenária da 55ª Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 2002b.

_____. Decreto de 1º de agosto de 2003. “Cria a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus Protocolos”, 2003a.

_____. Ministério das Relações Exteriores. Telegrama de Delbrasgen para a Secretaria de Estado nº 726, de 02 abr. 2003b.

_____. Ministério das Relações Exteriores. Telegrama de Delbrasgen para a Secretaria de Estado nº 1161, de 16 mai. 2003c.

_____. Ministério das Relações Exteriores. Telegrama de Delbrasgen para a Secretaria de Estado nº 1202, de 16 mai. 2003d.

_____. Humberto Costa, Ministro da Saúde. Discurso por ocasião da sessão plenária da 56ª Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 2003e.

_____. Humberto Costa, Ministro da Saúde. Discurso por ocasião da sessão plenária da 57ª Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 2004.

_____. Humberto Costa, Ministro da Saúde. Discurso por ocasião da sessão plenária da 58ª Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 2005.

_____. José Gomes Temporão, Ministro da Saúde. Discurso por ocasião da sessão plenária da 59ª Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 2006.

_____. Celso Amorim, Ministro das Relações Exteriores. Discurso por ocasião da sessão plenária da 60ª Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 2007.

_____. José Gomes Temporão, Ministro da Saúde. Discurso por ocasião da sessão plenária da 61ª Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 2008.

_____. José Gomes Temporão, Ministro da Saúde. Discurso por ocasião da sessão plenária da 62ª Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 2009.

_____. José Gomes Temporão, Ministro da Saúde. Discurso por ocasião da sessão plenária da 63ª Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 2010.

_____. Alexandre Padilha, Ministro da Saúde. Discurso por ocasião da sessão plenária da 64ª Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 2011.

_____. Alexandre Padilha, Ministro da Saúde. Discurso por ocasião da sessão plenária da 65ª Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 2012.

_____. Ministério das Relações Exteriores. Telegrama de Delbrasgen para a Secretaria de Estado nº 740, de 13 mai. 2013a.

_____. Jarbas Barbosa, Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Discurso por ocasião da sessão plenária da 66ª Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 2013b.

_____. Arthur Chioro, Ministro da Saúde. Discurso por ocasião da sessão plenária da 67ª Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 2014.

_____. Ministério das Relações Exteriores. “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável”, 2015a. Disponível em: <http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_desenvsust/ODSportugues12fev2016.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

_____. Arthur Chioro, Ministro da Saúde. Discurso por ocasião da sessão plenária da 68ª Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 2015b.

_____. Ricardo Barros, Ministro da Saúde. Discurso por ocasião da sessão plenária da 69ª Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 2016.

_____. Ricardo Barros, Ministro da Saúde. Discurso por ocasião da sessão plenária da 70ª Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 2017.

_____. Ministério da Saúde. “Ministro da Saúde discute acesso da população à saúde pública”. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso em: 9 mar. 2018a.

_____. Ministério da Saúde. “Comissão Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais (CNAIDS)”. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/>>. Acesso em: 13 mar. 2018b.

_____. Gilberto Occhi, Ministro da Saúde. Discurso por ocasião da sessão plenária da 71ª Assembleia Mundial da Saúde. Genebra, 2018c.

OMC (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DO COMÉRCIO). “Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio” (TRIPS), 1994.

_____. WT/MIN(01)/DEC/2. “Declaração sobre o Acordo TRIPS e Saúde Pública”, 2001.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). “Constituição da Organização Mundial da Saúde”, 1946.

_____. “Agreement between the World Health Organization and the Pan American Sanitary Organization”, 1949.

- _____. “Declaração de Alma-Ata”, 1978.
- _____. WHA48.11. “An international strategy for tobacco control”, 1995.
- _____. WHA55.25, 2002. “Infant and young child nutrition”, 2002.
- _____. WHA56.27. “Intellectual property rights, innovation and public health”, 2003a.
- _____. “Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco”, 2003b.
- _____. “Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals”, 2015.
- _____. “Carta das Nações Unidas”, 1945.
- _____. A/RES/3/217A. “Declaração Universal dos Direitos Humanos”, 1948.
- _____. “Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais”, 1966.
- _____. “Plano de Ação de Buenos Aires para a Promoção e a Implementação da Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento”, 1978.
- _____. S/RES/1308, 2000.
- _____. E/CN.4/RES/2001/33. “Access to medicines in the context of pandemics such as HIV/AIDS”, 2001.
- _____. E/CN.4/RES/2002/31. “The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health”, 2002.
- _____. A/RES/58/179. “Access to medication in the context of pandemics such as HIV/AIDS, tuberculosis and malaria”, 2003.
- _____. A/HRC/RES/33/9. “The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health”, 2016.
- _____. “History of the development of the ICD”. Disponível em: <<http://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2018.

**A COOPERAÇÃO
INTERNACIONAL
EM SAÚDE**

Cooperação técnica e humanitária internacional e o protagonismo brasileiro na resposta regional e global ao HIV

Mauro Teixeira de Figueiredo¹

Resumo

Os avanços alcançados pelo Brasil na resposta ao HIV, particularmente no que concerne à oferta de tratamento universal e gratuito às pessoas infectadas e ao trabalho conjunto entre o governo e a sociedade civil e pessoas vivendo com HIV, conferiram ao país um protagonismo poucas vezes verificado em fóruns e instâncias internacionais relacionados à epidemia. O país passou a atuar, em distintas oportunidades, como ator-chave na definição dos rumos das políticas, estratégias e metas acordadas e implementadas regional e globalmente.

Nesse contexto, a cooperação técnica e humanitária tem cumprido papel fundamental. O reconhecimento internacional dos logros alcançados fizeram crescer, a partir dos anos 1990, as demandas de apoio técnico e humanitário, que resultaram em uma extensa agenda internacional, executada por meio da implementação de projetos formais e ações pontuais de cooperação que levaram a uma projeção ainda maior do país, que, de forma efetiva, influenciou e continua a influenciar os rumos das políticas regionais e global de enfrentamento da epidemia.

Palavras-chave: HIV/aids. Cooperação Sul-Sul. Acesso a medicamentos antir-retrovirais. Participação social. Direitos humanos. Cooperação técnica e humanitária internacional. Política externa brasileira.

1 Contextualização

Doenças infecciosas não respeitam fronteiras. Respostas efetivas a elas igualmente precisam extrapolar os limites nacionais, em uma união de atores, esforços e recursos direcionados a um objetivo comum. O Brasil experimentou essas máximas no caso

¹ Bacharel em Relações Internacionais pela Universidade de Brasília (UnB), mestre em Sociologia Política pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Especialista em Assuntos Latino-Americanos (UnB) e em Políticas Públicas e Gestão Estratégica em Saúde, pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ)/Escola Nacional de Administração Pública (ENAP). Analista Técnico de Políticas Sociais da área internacional do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde. Agradeço as colaborações de Adele Benzaken, Juliana Givisiez, Clarissa Barros, Josi Paz, Fábio Sartori, Michele Dantas, Simone Vivaldini, Ângela Martinazzo, Alicia Krüger, Karim Sakita, Bruno Rezende e Anna Elisa Lima, que muito contribuíram para a consistência das análises e dos dados do presente artigo.

da epidemia de aids: detectou o HIV dentro de suas fronteiras pouco tempo após sua descoberta e passou a receber e a prestar apoio aos demais países também em um lapso pequeno de tempo.

Tendo surgido no início dos anos 1980, a aids espalhou-se rapidamente pelos cinco continentes e constitui, ainda hoje, um dos principais desafios para a saúde global. Seu enfrentamento, da mesma forma, tem-se dado em escala mundial, envolvendo um número muito grande de atores governamentais, não governamentais, organismos multilaterais, empresas públicas e privadas, representantes da academia e pessoas vivendo com HIV (PVHIV), entre outros, com visões e interesses distintos e muitas vezes divergentes, o que tem tornado difícil a construção de consensos acerca das melhores políticas e práticas para o seu controle.

O Brasil teve – e continua a ter – forte protagonismo no âmbito desse debate, atuando, em várias oportunidades, como ator-chave na definição dos rumos da resposta, tanto no contexto regional – na América Latina e no Caribe – como no global, nos distintos fóruns e instâncias internacionais relacionados ao HIV.

A cooperação técnica e humanitária cumpriu um papel fundamental na consolidação desse protagonismo. A partir do reconhecimento internacional dos logros alcançados pelo Brasil, considerado pelo Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/Aids (UNAIDS) um caso de sucesso que poderia ser seguido por outros países, o então Programa Nacional de DST e Aids passa, a partir dos anos 1990, a receber uma série de demandas de apoio técnico e humanitário e dá início a uma extensa agenda internacional, por meio da implementação de projetos formais e ações pontuais de cooperação que resultaram em uma projeção ainda maior do país, possibilitando que muitas das políticas, princípios e diretrizes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) fossem incorporados às respostas regional e global ao HIV.

O presente artigo discorrerá sobre duas áreas em que a atuação do Brasil foi preponderante, influenciando, de forma efetiva, os rumos das políticas regionais e global de enfrentamento da epidemia: acesso a medicamentos e participação social e direitos humanos.



A resposta ao HIV no Brasil foi relativamente precoce em relação à maioria dos países, particularmente aos países em desenvolvimento. Os primeiros casos foram diagnosticados em 1982, o que motivou a criação, no ano seguinte, do primeiro programa estadual de HIV/aids, no estado de São Paulo, e, em 1985, a estruturação do “Programa de Controle da SIDA ou Aids” na esfera federal (BRASIL, 1985).

Ao longo desses anos, muitos avanços puderam ser constatados. Isso fez com que a demanda por cooperação técnica e humanitária na área crescesse, sendo que,

nesse processo, muitas das experiências desenvolvidas no país nas diferentes áreas – assistência, tratamento, articulação entre governo e sociedade civil, direitos humanos, prevenção, vigilância epidemiológica, logística de medicamentos antirretrovirais (ARV), monitoramento e avaliação, comunicação, entre outras – foram e continuam sendo compartilhadas e incorporadas às respostas nacionais de distintos países, principalmente na América Latina, no Caribe e no continente africano, particularmente em relação aos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP).

A área responsável pelo tema no âmbito do Ministério da Saúde passou por diversas reestruturações. Hoje integrada à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), adota a designação de Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV)². Capitaneada por esse Departamento – em articulação com a Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA), do Ministério da Saúde (MS), e a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), do Ministério das Relações Exteriores (MRE) –, a cooperação técnica brasileira em HIV vem cumprindo, nos últimos anos, um triplo papel: de contribuição para o fortalecimento das respostas nacionais nos distintos países parceiros, em uma perspectiva de solidariedade e responsabilidade internacional com a saúde global; de legitimação das políticas adotadas internamente no país, a partir do efeito demonstração e da maior visibilidade conferida a essas políticas; e de fortalecimento das posições defendidas pelo Brasil em relação às melhores práticas e políticas de enfrentamento da epidemia.

Como parte desse esforço na defesa dos princípios e diretrizes do SUS para além das fronteiras nacionais, o Brasil tem atuado de forma proativa em distintos fóruns e instâncias multilaterais relacionados ao HIV, tais como o *Programme Coordinating Board* (PCB) do UNAIDS, a Assembleia Mundial de Saúde (AMS) da Organização Mundial da Saúde (OMS), a Sessão Especial da Assembleia das Nações Unidas em HIV/Aids, entre outros. Nesse sentido, o Brasil tem sido, de forma ímpar, reconhecido como ator central, sendo que, em distintas oportunidades, as teses defendidas pelo país foram incorporadas como parte da agenda e das estratégias globais de enfrentamento da epidemia nas duas referidas áreas, conforme descrito a seguir.

² Ao longo de sua história, a área responsável pela resposta às IST, HIV/aids e, posteriormente, hepatites virais assumiu distintos status, estando subordinada a diferentes instâncias e com diferentes designações: Programa de Controle de SIDA ou Aids; Divisão de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids; Coordenação Nacional de DST e Aids; Programa Nacional de DST/Aids; Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, entre outras (v. GALVÃO, 2000).

2 Acesso à terapia antirretroviral

Desde o surgimento da epidemia do HIV, em inícios dos anos 1980, o Brasil se comprometeu a oferecer tratamento às pessoas infectadas, de acordo com os critérios de elegibilidade estabelecidos internacionalmente. Esse compromisso foi ratificado no âmbito do ordenamento jurídico brasileiro por meio da Lei nº 9.313, de 13 novembro de 1996, que estabeleceu, em seu artigo 1º, que “os portadores do HIV (vírus da imunodeficiência humana) e doentes de AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida) receberão, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde (SUS), toda a medicação necessária a seu tratamento”. Essa lei mostrou-se um instrumento eficaz para fazer frente ao grande desafio que o país tinha pela frente, uma vez que regulamentou, no campo dessa epidemia específica, dois direitos fundamentais garantidos pela Constituição Federal de 1988 e pelas leis orgânicas que regem o SUS³: o direito à saúde e o direito à vida.

Conforme relatado por Chequer e Simão (2008, p. 170), “essa posição enfrentou uma série de críticas por parte de renomados cientistas e pesquisadores, de organizações e de organismos internacionais, que consideravam que, pelo menos naquele momento, o Brasil não teria capacidade suficiente para administrar técnica e operacionalmente decisão de tal envergadura [de tratar todas as pessoas com recomendação para tal], em particular devido ao caráter inovador e relativamente desconhecido da terapia antirretroviral, com exigências de sofisticação técnica e tecnológica”.

Ainda segundo Chequer e Simão (2008), o sucesso da política nacional já pôde ser observado no primeiro ano de implementação, com decréscimo importante nos óbitos por aids, nas internações hospitalares e na ocorrência de infecções oportunistas.

Assim, a incorporação da assistência e do tratamento na pauta do HIV foi um processo árduo e complexo, envolvendo debates profícuos e a defesa dessa posição em inúmeros fóruns e instâncias internacionais, até que a posição acerca da importância de oferecer a terapia antirretroviral (TARV) às pessoas vivendo com aids se tornasse hegemônica, tanto por uma questão de direitos humanos como por se tratar de uma forma custo-efetiva de controlar a epidemia, uma vez que proporciona uma economia de recursos para os sistemas de saúde dos países como um todo, na medida em que previne novas infecções e reduz a necessidade de gastos hospitalares crescentes quando a doença atinge estágios mais avançados.

A cooperação técnica e humanitária desempenhou um papel de destaque no processo de ampliação do acesso à TARV. A partir do compartilhamento de conhecimentos, experiências e tecnologias desenvolvidos ou implementados internamente no Brasil, bem como da doação de medicamentos e insumos de diagnóstico, prevenção, entre outros, o país consolidou-se como referência no enfrentamento da aids, tendo

³ Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990.

influenciado, de forma efetiva, na definição dos rumos acerca das melhores estratégias e práticas no combate à epidemia em nível regional e global.

No final da década de 1990, o Brasil firmou projetos de cooperação técnica em HIV com Angola, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe, sendo que, em todos eles, os temas assistência, tratamento e acesso a medicamentos estiveram presentes. Esses projetos, negociados e implementados por intermédio da AISA/MS e da ABC/MRE, restringiam-se, em um primeiro momento, no âmbito desse componente, a capacitações de profissionais de saúde em manejo clínico e outros aspectos relacionados à atenção às pessoas vivendo com o HIV. Posteriormente, avaliou-se que esse tipo de atividade apresentava resultados limitados em contextos em que não estavam disponíveis insumos como medicamentos e testes. A partir daí, o Brasil passou a investir em projetos e programas que, sem abrir mão da cooperação técnica, incluíam o fornecimento, a título de doação, de ARV, além de insumos de prevenção ou diagnóstico, tais como testes para diagnóstico, preservativos, gel lubrificante, entre outros.

Nessa perspectiva, o governo brasileiro lançou, em 2001, o Programa de Cooperação Internacional para Outros Países em Desenvolvimento (PCI). Tratava-se de projetos-piloto em dez países⁴, para os quais o Brasil ofereceu doação de tratamentos para cem pacientes vivendo com aids, a partir de medicamentos ARV produzidos no Brasil⁵, além da cooperação técnica em distintas áreas relacionadas, principalmente, ao manejo da infecção e à logística de distribuição de medicamentos e insumos. Essa iniciativa teve o intuito de impulsionar o tratamento em países onde ele praticamente não existia e chamar a atenção da comunidade internacional para a importância da garantia de acesso à TARV.

A partir da avaliação desses projetos-piloto, constatou-se que, em alguns países, foram verificados resultados positivos no controle da epidemia, particularmente naqueles com um número relativamente pequeno de pessoas com necessidade de início de tratamento, enquanto em outros, com epidemias generalizadas, os cem tratamentos não fizeram grande diferença. Foi lançada, então, em 2004, uma segunda etapa, denominada “Laços Sul-Sul”, em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que teve o objetivo de ampliar o número de tratamentos em alguns países⁶, em uma perspectiva de fomentar o alcance do acesso universal.

Além disso, os temas de assistência, tratamento e acesso aos ARV estiveram presentes nos projetos desenvolvidos com praticamente todos os países com os quais o Brasil cooperou nessa matéria, como, por exemplo: Bolívia (2002 e 2008, em parceria

⁴ Foram contemplados, nessa primeira fase, Bolívia, Burkina Faso, Colômbia, El Salvador, Moçambique, Paraguai e República Dominicana. Por diferentes razões, os projetos com Burundi, Namíbia e Quênia, que figuravam na lista inicial de dez países, não foram realizados.

⁵ Os medicamentos doados eram produzidos por Farmanguinhos/Fiocruz.

⁶ Essa iniciativa incluiu Bolívia, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Paraguai, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste.

com o Departamento para o Desenvolvimento Internacional – DFID/Reino Unido – e com a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/OMS), Burkina Faso (2010), Cuba (1999; 2002), El Salvador (2001; 2006), Equador (2005), Guatemala (2002), Honduras (2005), Nicarágua (2007), Paraguai (2004 e 2008, em parceria com a Agência Alemã de Cooperação – GTZ), Peru (2004), Uruguai (2005, em parceria com a GTZ), além de ações pontuais de cooperação com países africanos de língua inglesa (em fins da década de 1990), entre outros. Segundo o Relatório COBRADI (IPEA-ABC, 2013, p. 35), no final da primeira década de 2000, a pauta de cooperação em HIV chegou a representar a segunda área temática com o maior número de projetos na área da saúde, atrás apenas da área de bancos de leite humano, do Instituto Fernandes Figueiras/Fiocruz, chegando a contabilizar mais de vinte projetos em execução. Muitos desses projetos foram desenvolvidos sob a coordenação do Centro Internacional de Cooperação Técnica (CICT), instituição criada em 2005 por uma iniciativa conjunta entre o governo brasileiro e o UNAIDS, em parceria com a GTZ e o DFID, com vistas a dar maior organicidade e agilidade à enorme demanda de cooperação em HIV/aids recebida pelo Brasil.

Paralelamente, o Ministério da Saúde, por intermédio da AISA e do DIAHV, em articulação com as áreas políticas do MRE, participou, de forma ativa, nas discussões sobre a utilização das flexibilidades do Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS) nas questões de propriedade intelectual no âmbito da Organização Mundial do Comércio (OMC). Em 2001, foi aceita, no âmbito dessa Organização, a tese brasileira de que os acordos internacionais de comércio e de propriedade intelectual não podem impedir a implementação de políticas públicas de saúde. Nesta, como em muitas outras oportunidades, a AISA cumpriu papel decisivo no processo de negociação que resultou em grande avanço no sentido do aumento do acesso aos antirretrovirais no país.

No plano interno, o Brasil recorreu, em maio de 2007, ao licenciamento compulsório do medicamento efavirenz, cuja patente pertencia ao laboratório Merck Sharp & Dohme, medida de grande relevância para reduzir os preços e assegurar a sustentabilidade da oferta dessa droga, uma vez que se tratava do medicamento importado mais utilizado no âmbito dos protocolos de tratamento adotados à época.

Ciente da importância de seu papel de liderança regional, o Brasil foi um ator-chave no Primeiro Fórum Latino-Americano e Caribenho sobre o Cuidado Contínuo do HIV, em 2014, na Cidade do México, quando foram definidas as metas 90-90-90 (alcançar, até 2020, 90% das pessoas vivendo com HIV conhecendo seu diagnóstico; 90% destas em tratamento antirretroviral; 90% destas com carga viral suprimida, ou seja, menor que 1.000 cópias/mm³), estabelecidas como metas intermediárias para a meta 3.3 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que visa, entre outros, a alcançar o fim dos níveis epidêmicos da aids até 2030. Em 2016, o Brasil estimou que 84% das pessoas que vivem com o HIV já conheciam seu diagnóstico, sendo que, destas,

72% estavam em TARV, e, destas, 91% apresentavam carga viral suprimida (BRASIL, 2017a, p. 23).

Da mesma forma, o país participou de forma proativa da definição de um conjunto de metas de prevenção e de redução do estigma e da discriminação que refletiam as características da epidemia e as respostas em cada uma das sub-regiões da América Latina e do Caribe. Essa discussão ocorreu durante o Segundo Fórum Latino-Americano e Caribenho sobre o Tratamento Contínuo do HIV, realizado no Rio de Janeiro, em 2015. Nessa oportunidade, os participantes aquiesceram também que a prevenção combinada deveria ser a principal abordagem para o cumprimento das metas de prevenção para 2020 e 2030.

Os avanços e desafios para o cumprimento das metas 90-90-90⁷ em escalas nacional e internacional foram avaliados durante o Terceiro Fórum Latino-Americano e Caribenho, ocorrido em Porto Príncipe, Haiti, em 2017. Na ocasião, foram, igualmente, discutidas estratégias para manter a sustentabilidade da resposta ao HIV no médio e longo prazos, tendo-se identificado como necessidade a melhoria da eficácia dos sistemas de saúde, incluindo o aumento do investimento nacional para a resposta ao HIV.

Ainda no âmbito regional, o Brasil estimulou e integrou alguns processos de negociação conjunta de preços dos ARV entre países da América Latina e do Caribe. Deve-se observar, porém, que muitos desses processos tiveram resultados aquém dos esperados. Em 2015, o Brasil esteve à frente da primeira compra conjunta de medicamentos ARV com países do Mercosul, por meio do Fundo Estratégico da OPAS, o que significou importante redução dos preços desses medicamentos, e, em 2016, comprou, também por meio do Fundo e em conjunto com Argentina, Bermuda, Chile, El Salvador, Equador, Guatemala, Paraguai, Suriname, Uruguai e Venezuela, o ARV darunavir, o que representou uma economia de mais de 50% no valor do produto para o Brasil e de 83% para os demais países.

Na área de cooperação humanitária, o Brasil vem realizando doações de medicamentos ARV e insumos de diagnóstico e prevenção para diversos países, particularmente para países da América Latina, do Caribe e do continente africano. Nos últimos anos, além dos antirretrovirais, foram doados preservativos, testes rápidos e gel lubrificante para diversos países, tais como: Cabo Verde, El Salvador, Guiné-Bissau, Haiti, Paraguai, Peru, República Dominicana, São Tomé e Príncipe, Suriname, entre outros.

⁷ Trata-se de metas intermediárias no âmbito do propósito previsto nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) de acabar com a epidemia de HIV/aids até o ano de 2030 (meta 3.3). Essas metas estabelecem que, até 2020: 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saberão que têm o vírus; até 2020, 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV diagnosticada receberão terapia antirretroviral ininterruptamente; e, até 2020, 90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral terão supressão viral. <https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf>.

Essas doações são efetivadas sempre e quando não comprometam os estoques para atendimento das necessidades internas do Brasil.

No plano multilateral, o Brasil também teve atuação de destaque em distintas oportunidades. Em 2001, o secretário-geral da ONU aceitou proposta defendida pelo Brasil de criação do Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária. Posteriormente, foi aceita, no âmbito do Fundo, a proposta de países em desenvolvimento, liderados pelo Brasil, de participação equitativa no gerenciamento dos recursos ali disponíveis. O país foi escolhido para representar a América Latina e o Caribe no Conselho Diretor do Fundo Global (BRASIL, 2018).

Em 2006, o Brasil foi um dos membros fundadores da Central Internacional para a Compra de Medicamentos contra Aids, Malária e Tuberculose (UNITAID), em conjunto com Chile, França, Noruega e Reino Unido, tendo contribuído para reduzir os preços dos medicamentos e insumos de diagnóstico para essas três doenças. A iniciativa oferece aos países beneficiários apoio de longo prazo, por meio de financiamento planejado e sustentável, mobilizado por mecanismos inovadores de arrecadação, como a contribuição solidária sobre bilhetes aéreos e contribuições orçamentárias programadas (BRASIL, 2008, p. 100).

No final do ano de 2013, o Brasil foi o terceiro país do mundo, sendo o primeiro país em desenvolvimento, a recomendar o “Tratamento como Prevenção” para todas as pessoas vivendo com HIV, antes mesmo de a OMS incorporar essa recomendação em seu protocolo. A partir de então, pessoas diagnosticadas com o HIV passaram a poder iniciar o tratamento independentemente da contagem das células de defesa. Além dos benefícios individuais para a saúde das pessoas que vivem com HIV, o tratamento precoce também oferece benefícios em nível mais amplo. Isso porque, quando feito de maneira correta, o tratamento deixa a carga viral das pessoas infectadas indetectável, ou seja, a quantidade de vírus circulando no sangue é quase nula. Nessa condição, a chance de transmissão do vírus é muito baixa. A recomendação do tratamento para todos pelo Brasil tem grande importância para o combate da epidemia global do HIV, não só porque influencia outros países a adotarem a recomendação, mas também devido a seu grande porte populacional. Desde o início da recomendação, em 2013, o país tem aumentado, com muita celeridade, a quantidade de pessoas em TARV. Atualmente, o país tem mais de meio milhão de pessoas em TARV (BRASIL, 2017b, p. 69).

Em junho de 2017, o Brasil promoveu e organizou, em Brasília, a “Consulta técnica sobre otimização do tratamento antirretroviral e estratégias de acesso ao dolutegravir na América Latina e no Caribe, na perspectiva de saúde pública”, em parceria com a OMS. Esse evento teve o propósito de aprofundar o debate sobre os benefícios da introdução do dolutegravir para o controle do HIV, medicamento incorporado aos pro-

tocolos de tratamento em 2016⁸ e distribuído gratuitamente no âmbito do SUS a partir de janeiro de 2017. Trata-se de uma droga mais eficiente, com menos efeitos colaterais e que, portanto, contribui para aumentar a adesão ao tratamento, um dos desafios no âmbito das metas 90-90-90 e do compromisso com o fim da epidemia de aids até 2030.

Com a finalidade de ampliar a prevenção combinada ao HIV, o Brasil incorporou, em 2017, a oferta de profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP). O Brasil foi um dos primeiros países do mundo, sendo o primeiro em desenvolvimento, a recomendar e oferecer a PrEP gratuitamente como medida de saúde pública. Com a incorporação dessa estratégia, o Brasil alinha-se às recomendações de prevenção combinada da OMS, ou seja, oferece: incentivo à testagem regular para o HIV; profilaxia pós-exposição; pré-natal para gestantes soropositivas; redução de danos para o uso de drogas; testagem e tratamento oportuno para outras infecções sexualmente transmissíveis; incentivo ao uso do preservativo feminino e masculino e do gel lubrificante; e tratamento antirretroviral para todas as PVHIV.

O Brasil tem se mantido na vanguarda da resposta ao HIV, tendo incorporado de forma célere as denominadas “novas tecnologias” no enfrentamento da epidemia. Da mesma forma, tem se empenhado no desafio global de aumentar o diagnóstico do HIV, particularmente entre as populações-chave (gays e outros homens que fazem sexo com homens, travestis e pessoas trans, pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas privadas de liberdade e trabalhadoras sexuais), no âmbito dos esforços para atingir as metas 90-90-90, até 2020, e de acabar com os níveis epidêmicos de aids até o ano 2030.

Os avanços da ciência e da medicina possibilitam vislumbrar, em um horizonte não muito distante, o fim da epidemia de aids como um problema de saúde global, como preconizado pelos ODS. O Brasil está comprometido não apenas com o alcance das metas nacionais, mas também com o desafio global de unir esforços em torno desse compromisso.

3 Participação da sociedade civil e garantia dos direitos humanos

Outro aspecto da resposta ao HIV em que a participação brasileira foi determinante para a definição da agenda regional e global deu-se em relação ao trabalho conjunto entre governo e sociedade civil e na área de defesa dos direitos humanos e do respeito à diversidade de alguns grupos mais afetados. Considerado princípio e diretriz do SUS, a participação comunitária abarca, na área de HIV, o envolvimento de representantes de organizações não governamentais (ONGs) e de pessoas vivendo com HIV não somente na execução, mas também na formulação, no monitoramento e na avaliação das ações e políticas.

⁸ O Brasil foi o primeiro país da América Latina e do Caribe a introduzir o dolutegravir no sistema público de saúde.

O surgimento do HIV, nos primeiros anos da década de 1980, coincidiu com um momento crítico da história do país, que foi o processo de redemocratização, após mais de vinte anos de ditadura militar, que perdurou até 1985. Esse processo foi marcado por um fortalecimento do movimento social, que aspirava por mudanças no sistema político e social, incluindo a área da saúde, com a denominada Reforma Sanitária. O ponto culminante desse processo foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, um dos principais marcos na luta pela universalização e democratização da saúde no Brasil. O relatório final dessa Conferência serviu de base para a formulação da Seção II da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), relativa à área da saúde, incluindo dois artigos que representaram uma guinada na concepção de saúde até então: o artigo 196, que estabelece a saúde como um direito de todos e dever do Estado; e o artigo 198, que inclui a participação da comunidade como uma das diretrizes do SUS, integrando uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde.

A participação social ocorre em todos os níveis de governo e em diferentes etapas do processo de formulação e implementação das políticas públicas. Assim, representantes da sociedade civil têm assento paritário na Comissão Nacional de Aids (CNAIDS), na Comissão Nacional de Articulação com Movimentos Sociais (CAMS), no Grupo Temático do UNAIDS (GT-UNAIDS), entre outros. Envolvidos em todas as fases de elaboração e implementação das políticas públicas, essa participação tem sido fundamental para trazer a realidade e o dia a dia das pessoas diretamente afetadas pelo HIV para mais perto dos gestores e das instâncias de decisão política. Esse fato tem feito uma diferença significativa para a melhoria da qualidade das políticas implementadas nacionalmente.

O respeito aos direitos humanos constitui um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, conforme consta da Constituição Federal de 1988:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

[...] III – a dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988).

No caso específico do HIV, esse preceito constitucional teve, desde o início da epidemia, contornos específicos, que possibilitaram alguns avanços, particularmente no que tange à esfera legislativa e às declarações e aos documentos políticos relacionados à não discriminação e ao respeito à diversidade, além da própria questão do direito ao acesso a medicamentos e ao tratamento de forma universal e gratuita.

Existe no país uma lei⁹, promulgada em 2014, que determina pena de prisão, de um a quatro anos, e multa para quem manifestar atitudes discriminatórias em relação às pessoas vivendo com HIV.

No que tange ao respeito à identidade de gênero, foi firmado, em 2016, decreto presidencial¹⁰ que permite o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de travestis e transexuais no âmbito da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional.

Nesse mesmo sentido, o Decreto nº 9.278, de 2018 – que regulamenta os procedimentos e os requisitos para a emissão de carteira de identidade por órgãos de identificação dos estados e do Distrito Federal (Lei nº 7.116, de 29 de agosto de 1983) –, prevê, em seu artigo 8º, inciso XI, a possibilidade de utilização do nome social no novo documento único de identificação nacional, mediante requerimento e sem a exigência de documentação comprobatória por parte da pessoa interessada¹¹.

Da mesma forma como ocorreu com as áreas de assistência e tratamento, os temas relacionados ao trabalho conjunto entre governo e sociedade civil e aos direitos humanos estiveram presentes em praticamente todos os projetos de cooperação internacional levados a cabo pelo Brasil nessa temática, bem como foram uma constante nos discursos e nas iniciativas brasileiras no âmbito das distintas instâncias internacionais de governança.

Em relação à cooperação técnica, esses temas fizeram parte dos projetos implementados com: Angola, Bolívia, Cuba, El Salvador, Equador, Guatemala, Guiné-Bissau, Honduras, Moçambique, Nicarágua, Paraguai, Peru, São Tomé e Príncipe, Uruguai, além dos PALOP e de países africanos de língua inglesa, entre outros, bem como da cooperação técnica e científica entre o Brasil e o governo francês. Em várias oportunidades, desde a década de 1990, o Brasil procurou envolver representantes de ONGs e pessoas vivendo com HIV na implementação das atividades de cooperação técnica desenvolvidas com distintos países, a exemplo do que ocorre internamente no país. Da mesma forma, representantes de ONGs e PVHIV dos PALOP tiveram a oportunidade de conhecer a experiência brasileira *in loco*.

Quanto à incidência internacional do Brasil, tanto em relação aos demais países da região como no plano global, é notório, a partir de algumas ações e intervenções, como o país teve presença marcante e continua atuante no sentido de definir os rumos e de modificar posturas no que tange a esses temas.

Nesse sentido, em outubro de 1998, durante a I Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/Aids, do Grupo de Cooperação

⁹ Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014.

¹⁰ Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016.

¹¹ Decreto nº 9.278, de 5 de fevereiro de 2018.

Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/Aids (GCTH)¹², realizada em Querétaro, no México, constata-se uma guinada na posição dos países da região quanto à perspectiva de um trabalho conjunto entre os governos e a sociedade civil. Representantes de ONGs e pessoas vivendo com HIV de distintos países foram convidados a participar do evento, organizado pelos diretores de programas governamentais de HIV/aids. Naquela oportunidade, o Brasil era um dos poucos países que desenvolviam um trabalho verdadeiramente articulado entre o governo e a sociedade civil. Foi possível verificar ali que, na maioria dos casos, existia uma situação de confronto e desarticulação entre as instâncias governamentais e não governamentais, sendo que, durante o evento, ocorreu uma série de protestos contra a falta de medicamentos em alguns países e contrários às respectivas políticas adotadas no enfrentamento da epidemia. Os governos, por sua vez, adotavam posições ora defensivas, ora acusatórias, considerando as demandas dessas organizações radicais ou descabidas em função das possibilidades e das peculiaridades dos países. Não se percebia, pois, um ambiente em que ambos os lados pudessem pensar e implementar soluções conjuntas, como ocorria no Brasil.

A partir dessa Conferência, por iniciativa do Brasil, acolhida por países como Argentina e Chile, conformou-se um grupo de trabalho para discutir a possibilidade de estreitar o trabalho conjunto no âmbito do GCTH. Como resultado desse grupo de trabalho, o GCTH passou a incorporar representantes de sete redes de ONGs como membros efetivos do Grupo, tendo-se decidido, igualmente, pela organização conjunta do I Fórum da América Latina e do Caribe em HIV/Aids, no Rio de Janeiro, em novembro de 2000. Diferentemente da Conferência de Querétaro, as ONGs seriam não apenas convidadas, mas também integrantes do processo de organização e realização do Fórum, incluindo a participação nos Comitês Diretivo e Temático do evento. A partir daí, representantes da sociedade civil participaram de distintos processos em conjunto com os governos, incluindo a organização de outros fóruns e conferências regionais e a formulação e implementação de ações na região da América Latina e do Caribe. Na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas para HIV/Aids de 2001, o GCTH apresentou um documento de consenso entre os governos e a sociedade civil sobre as posições da região da América Latina e do Caribe acerca das prioridades e diretrizes na luta contra a aids.

Essa postura tem sido defendida também em distintas instâncias internacionais e intergovernamentais. A partir desse tipo de posicionamento, igualmente defendido por uma parcela de governos e organismos multilaterais, a comunidade internacional

¹² O GCTH é integrado pelos diretores/coordenadores de IST, HIV/aids dos países da América Latina e do Caribe, em parceria com as redes de ONGs e de pessoas vivendo com HIV/aids, no intuito de promover a cooperação técnica e humanitária entre os países e discutir e implementar políticas e estratégias para um enfrentamento mais eficaz da epidemia na região.

passou a incorporar a participação de representantes da sociedade civil em reuniões de grande vulto, como a Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas para HIV/Aids, desde 2001, e diversas reuniões realizadas no âmbito das Nações Unidas e em outros mecanismos de concertação internacional.

A contribuição desses novos atores para a busca de soluções inovadoras é inquestionável. Atualmente, é impensável construir respostas e definir políticas sem a participação de representantes dessa parcela que tem o maior interesse em encontrar respostas aos seus problemas cotidianos, como é o caso das distintas organizações sociais e das pessoas vivendo com HIV. Essa experiência tem servido de parâmetro para o enfrentamento de outras epidemias, como é o caso da tuberculose, da malária e das hepatites virais, que em muito se beneficiaram da forma de atuar e dos avanços alcançados no enfrentamento do HIV.

A parceria com organismos internacionais e agências de cooperação cumpriu papel relevante em muitos desses processos, tanto no sentido do fortalecimento da resposta nacional ao HIV quanto por meio da cooperação triangular, em que o Brasil oferece cooperação técnica ou humanitária em parceria com outro país ou organismo internacional.

No que concerne à cooperação triangular, tiveram destaque organismos como o UNAIDS, o UNICEF, a Organização para a Educação, a Ciência e a Cultura das Nações Unidas (UNESCO), o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), a GTZ/Alemanha, o DFID/Reino Unido, a Agência Japonesa de Cooperação para o Desenvolvimento (JICA), a Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID), entre outros.

No plano interno, desde a década de 1990, o Brasil contou com a parceria com o Banco Mundial, efetivada por meio de acordos de empréstimos (Acordos Aids I, II e III e Aids SUS), que permitiram o avanço na implementação de ações de prevenção e tratamento e na conformação de redes alternativas assistenciais, além de fomentar a participação da sociedade civil.

Esses recursos representaram em torno de 10% do total do orçamento nacional em HIV, sendo que esses percentuais decresceram ao longo dos anos, mas foram estratégicos para incrementar o financiamento de convênios com estados e municípios e apoiar os projetos de prevenção, informação, educação e comunicação, defesa de direitos, promoção à saúde, entre outros desenvolvidos em parceria com as ONGs.

Os demais organismos e agências apoiaram, igualmente, ações, projetos e programas implementados internamente no Brasil, de acordo com o tipo de atividade e os mandatos e especificidades de cada uma dessas organizações.



Nos últimos anos, o protagonismo brasileiro tem se estendido também à área das hepatites virais, incorporada, em 2009, à esfera de competência do DIAHV. Assim, em 2010, durante a 63ª Assembleia Mundial da Saúde (AMS), em Genebra, o Brasil desempenhou papel de destaque, ao apresentar e aprovar a primeira resolução da OMS sobre hepatites virais (WHA63.18)¹³, que reconheceu as hepatites como um tópico de grande relevância para a saúde pública mundial e instituiu a data de 28 de julho como o Dia Mundial de Luta Contra as Hepatites Virais, um dos únicos quatro dias dedicados a chamar a atenção para um problema específico de saúde no âmbito da OMS. Em 2013, durante a 66ª AMS, realizou-se uma reunião paralela sobre as hepatites virais, no intuito de, entre outras coisas, analisar o progresso da adoção daquela resolução.

Na 67ª AMS, em 2014, o país liderou a elaboração de nova resolução da OMS (WHA67.6)¹⁴, que insta os governos a desenvolver e implementar estratégias nacionais coordenadas e multissetoriais para prevenção, diagnóstico e tratamento das hepatites virais. Além disso, essa resolução rogou à OMS analisar a viabilidade da eliminação das hepatites B e C, a partir da fixação de metas globais.

Em 2015, em parceria com a OPAS/OMS, o Brasil sediou e copatrocinou a Consulta Latino-Americana e do Caribe sobre Estratégias Globais na Área de Saúde para HIV, IST e Hepatites Virais da OMS e o Plano de Ação da OPAS para Hepatites Virais, com o intuito de estabelecer uma agenda para o período pós-2015. O objetivo da Consulta Regional foi promover uma discussão de prioridades, linhas estratégicas de ação, intervenções e ações globais nas Américas, assim como rever e validar o Plano de Ação, conforme proposto pela OPAS, para a prevenção e o controle das hepatites virais para o período entre 2016 e 2019.

Foi também em 2015 que o país incorporou os novos tratamentos com os anti-virais de ação direta (DAA) e que os pacientes coinfectados HIV/HCV¹⁵ tiveram acesso prioritário ao tratamento, independentemente do grau de lesão hepática (BRASIL, 2015). Até o momento já foram distribuídos aproximadamente 65 mil tratamentos para hepatite C. Esses medicamentos revolucionaram a terapia mundialmente, pois apresentam taxas de cura acima de 90% e eventos adversos pouco relatados, além de boa tolerância ao tratamento (BRASIL, 2017c).

Durante a 69ª AMS, ocorrida em maio de 2016, o Brasil assumiu o compromisso de eliminar as hepatites B e C como problema de saúde pública até 2030, como parte da Estratégia Global para o Setor Saúde sobre Hepatites Virais da OMS.

Como reconhecimento pelas iniciativas nacionais em andamento e pela liderança internacional na área das hepatites virais, o Brasil foi escolhido como parceiro e país-anfitrião da “Cúpula Mundial de Hepatites 2017”, realizada em São Paulo, em novem-

¹³ Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R18-en.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2018.

¹⁴ Disponível em: <http://www.wpro.who.int/hepatitis/wha67_r6-en.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2018.

¹⁵ HCV, ou vírus da hepatite C.

bro de 2017, em conjunto com a OMS e a Aliança Mundial contra as Hepatites (WHA). Esse evento, que contou com a participação de mais de 900 delegados de 110 países, é considerado um marco histórico para o país, tendo sido anunciado, nessa oportunidade, o Plano Nacional para Eliminação da Hepatite C até 2030, que prevê a oferta de tratamento para todos os pacientes, independentemente do grau de fibrose hepática¹⁶. A expectativa é tratar mais de 650 mil pessoas nos próximos anos.

Em 2017, foram revisados os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para a hepatite B, para a hepatite C e também de prevenção da transmissão vertical de sífilis, HIV e hepatites B e C.

De forma similar ao que ocorreu com a história do HIV desde os anos 1990, o Brasil vem se apresentando como ator-chave no enfrentamento das hepatites virais nos níveis regional e global. O legado da experiência brasileira na área do HIV contribui, assim, para o enfrentamento de outros desafios de saúde pública.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 236, de 2 de maio de 1985. Aprova “as diretrizes para o programa de controle da SIDA ou AIDS e dá outras providências”. Brasília, **Diário Oficial da União**, n. 83, 6 maio 1985. Seção 1.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Resposta Positiva 2008: a experiência do programa brasileiro de DST e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções – 2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDT-HepatiteC-CP.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Relatório de Monitoramento Clínico do HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Relatório de Monitoramento Clínico do HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções – 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDT-HepatiteC-CP.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2018.

¹⁶ Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2018/Relatorio_PCDT_HepatiteC_Coinfeccoes_%20CP11_2018.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Política Brasileira de Aids: principais resultados e avanços – 1994-2002**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_94_02.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2018.

CHEQUER, P.; SIMÃO, M. O Brasil e o combate internacional contra a Aids. In: AMORIM, Celso (Org.). **O Brasil e a ONU**. Brasília: FUNAG, 2008. p. 170.

GALVÃO, J. **Aids no Brasil: A Agenda de Construção de uma Epidemia**. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.

IPEA-ABC. **Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional: 2010**. Brasília: Ipea/ABC, 2013.

Cooperação em saúde com países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP)

Luciano Ávila Queiroz¹ e Layana Costa Alves²

Resumo

O artigo analisa a relação do Brasil com países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP) no que tange à cooperação técnica em saúde nos âmbitos bilateral e multilateral. Inicialmente, apresenta os acordos internacionais firmados pelo Brasil com países africanos no setor de saúde entre 1998 e 2018. Em seguida, descreve projetos bilaterais firmados com os PALOP derivados daqueles acordos. Posteriormente, recupera histórico da cooperação em saúde no âmbito da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP). Por fim, evidencia os principais desafios e perspectivas da cooperação bilateral e multilateral com esses países.

Palavras-chave: Saúde. África. PALOP. CPLP. Cooperação internacional. Cooperação Sul-Sul.

1 Histórico da cooperação do Brasil com os PALOP

O início da década de 2000 marcou o redimensionamento das relações do Brasil com os países africanos. Na década de 1990, a aproximação efetiva entre os dois lados do Atlântico foi relativamente restrita, destacando-se iniciativas pontuais, como a elaboração de projetos de cooperação para combate ao HIV/aids e a aproximação com os países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP)³, a qual culminaria na criação da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), em 1996. Na virada do século, a prioridade conferida ao relacionamento com os países em desenvolvimento alçou a África à posição de destaque na agenda da política externa brasileira, lastreada em diversas iniciativas de aproximação política e de cooperação bilateral.

O expressivo crescimento econômico dos países africanos ao longo da década de 2000 foi impulsionado pelo aumento dos preços globais das *commodities*. O significativo incremento do intercâmbio econômico-comercial entre o Brasil e os países do continente africano nesse período, passando de US\$1,3 bilhão em 2000 para o recorde

¹ Especialista em Saúde Global e Diplomacia da Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) e Bacharel em Relações Internacionais pelo Instituto de Educação Superior de Brasília (IESB).

² Mestre em Políticas Públicas de Saúde pela Escola Fiocruz de Governo de Brasília (EFG/Fiocruz-Brasília), Mestre em Ciências Sociais pela École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS-Paris) e Bacharel em Ciências Biológicas pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

³ Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Moçambique e São Tomé e Príncipe.

histórico de US\$12,2 bilhões em 2011, foi acompanhado pela intensificação dos laços políticos e de cooperação bilateral. Consubstanciada em iniciativas como a criação da Cúpula América do Sul-África (ASA), cuja primeira edição se realizou em 2006, a partir de proposta conjunta de Brasil e Nigéria, a aproximação entre os países das duas regiões propiciou o estabelecimento de uma plataforma inédita de diálogo político e cooperação. Como afirmou o ministro das Relações Exteriores Celso Amorim em discurso,

[o] Itamaraty, em coordenação com diferentes áreas do governo, conta com o setor privado e a sociedade civil para transformar os laços de amizade que nos unem aos povos da África em progresso econômico e social, em benefício mútuo. Os caminhos para África se reabrem e apontam um reencontro solidário de brasileiros e africanos, em sintonia com as motivações e as aspirações da nossa sociedade (AMORIM, 2003).

Uma das principais marcas da aproximação política entre o Brasil e a África no período caracterizou-se pela cooperação Sul-Sul, concebida como instrumento de desenvolvimento conjunto entre países em desenvolvimento que apresentam desafios comuns. Por meio de iniciativas coordenadas pela Agência Brasileira de Cooperação (ABC)⁴, em intercâmbio com diversos segmentos governamentais, o fortalecimento da cooperação Sul-Sul foi incorporado à agenda da política externa brasileira como instrumento de sua projeção global.

A cooperação Sul-Sul brasileira é baseada em princípios como a horizontalidade, a ausência de condicionalidades e a solidariedade. Além disso, tem como objetivo levar a outros países em desenvolvimento experiências nacionais consolidadas e bem-sucedidas nos mais diversos domínios, como agricultura, educação, justiça e saúde, contando com a parceria de diversos órgãos governamentais brasileiros e, em alguns casos, do setor privado. Seguindo esses preceitos, as iniciativas contemplam o compartilhamento de conhecimentos e tecnologias e a capacitação de recursos humanos, visando ao fortalecimento sustentável das instituições dos países envolvidos.

Na área da saúde, o diálogo voltado à cooperação com os PALOP foi iniciado em 1994. Por iniciativa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), realizou-se, naquele ano, uma reunião de ministros da Saúde na sede da instituição, no Rio de Janeiro, com o objetivo de discutir interesses comuns de cooperação. No entanto, a falta de recursos designados para esse fim impossibilitou avanços concretos naquele momento. Somente no ano de 1997, com um projeto financiado pelo Fundo Pérez-Guerrero do Programa

⁴ A Agência Brasileira de Cooperação (ABC), que integra a estrutura do Ministério das Relações Exteriores (MRE), tem como atribuições negociar, coordenar, implementar e acompanhar os programas e projetos brasileiros de cooperação técnica executados com base nos acordos firmados pelo Brasil com outros países e organismos internacionais.

das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a Fiocruz realizou uma primeira missão aos PALOP, onde avaliou a situação e apresentou recomendações para futuros projetos.

Ainda na década de 1990, movido pela projeção internacional da política brasileira de resposta ao vírus HIV, o Brasil passou a desenvolver suas primeiras ações nessa temática com os países da África⁵. No ano de 2002, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Cooperação Internacional (PCI), que contemplou em sua primeira fase, além de cinco países latino-americanos, Burkina Faso e Moçambique. A iniciativa previa a doação de medicamentos antirretrovirais (ARVs) produzidos por laboratórios públicos brasileiros e a capacitação de recursos humanos no manejo clínico e na logística de distribuição de medicamentos. Dessa maneira, o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV) foi a primeira área do Ministério da Saúde a atuar de forma sistemática com a ABC no estabelecimento de projetos de cooperação técnica (BRASIL, 2002). Paulo Roberto Teixeira (2002), então coordenador nacional do “Programa de DST/Aids”, registrou que o Brasil estava pronto, no início da década de 2000, para compartilhar, sobretudo com outros países em desenvolvimento, a experiência adquirida no enfrentamento da epidemia de aids.

Com a ampliação do engajamento do Brasil com países do continente africano, outras áreas, como malária, bancos de leite humano e doença falciforme, também passaram a compor a pauta de cooperação em saúde. De acordo com publicação da ABC sobre a cooperação técnica brasileira, 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. Contribuí para isso, não apenas a tradição e a reconhecida experiência de instituições de excelência mundial, caso da Fundação Oswaldo Cruz, como também os programas nacionais desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, dos quais tornou-se referência mundial o Programa DST/aids, já implementado em países da África e América Latina (BRASIL, 2007).

Em anos recentes, apesar da situação de crise econômica enfrentada pelo Brasil e das mudanças de gestão no Ministério da Saúde e no Ministério das Relações Exteriores, a pauta de cooperação em saúde com os PALOP tem sido mantida e, em alguns casos,

⁵ Foram firmados, no período, projetos de cooperação técnica com Angola, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe, voltados a capacitações de profissionais de saúde. Ver, a esse respeito, o artigo “Cooperação técnica e humanitária internacional e o protagonismo brasileiro na resposta regional e global ao HIV”, de Mauro Teixeira de Figueiredo.

ampliada, em demonstração do compromisso renovado do país com o princípio constitucional da cooperação entre os povos para o progresso da humanidade.

2 Cooperação bilateral com os PALOP

No período de 1998 a 2018, foram desenvolvidas diversas ações de cooperação bilateral em saúde com países africanos, em especial com os de língua portuguesa. A presente seção contextualiza os acordos internacionais⁶ firmados no período com países do continente africano em matéria de saúde, e os compara com os acordos firmados com PALOP, demonstrando a priorização desses países para a cooperação em saúde brasileira. Na sequência, é apresentada a situação recente da cooperação bilateral com os PALOP e são discutidas algumas de suas perspectivas.

Por meio de pesquisa na base de dados de acordos internacionais do Ministério de Relações Exteriores e nos arquivos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA), para o período de 1998 a 2018, foram identificados 68 acordos, firmados entre 2000 e 2012, na área da saúde, com 23 países africanos: África do Sul, Angola, Argélia, Benin, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Etiópia, Gabão, Gana, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Líbia, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Quênia, República do Congo, São Tomé e Príncipe, Senegal e Zâmbia. Desses, foram contabilizados 44 ajustes complementares, 13 protocolos de intenções, cinco memorandos de entendimento, quatro programas executivos, uma declaração conjunta, uma carta de intenções e um programa de trabalho – Tabela 1.

⁶ Como será apresentado adiante, o desenvolvimento de ações de cooperação internacional tem uma série de desafios, como a inexistência de um marco legal, o risco de descontinuidade de projetos e dificuldades relativas ao monitoramento e avaliação. Dessa forma, há dificuldade de estabelecer uma série histórica de todos os projetos de cooperação havidos com o continente africano nos últimos 20 anos. Optou-se, para o presente artigo, pela quantificação dos acordos estabelecidos, vista a possibilidade de se estabelecer série histórica para o período analisado. Essa abordagem, contudo, apresenta algumas limitações: uma vez que já haja acordos em mérito aos temas objeto de ações de cooperação, é comum que os projetos subsequentes não demandem a celebração de novos acordos. Dessa forma, o indicador de acordos não é diretamente ligado à intensidade das ações de cooperação, como será esclarecido ao final desta seção. Com isso, optou-se pela apresentação, na sequência dos dados apresentados, da situação atual da cooperação com cada país africano de língua oficial portuguesa.

Tabela 1 – Acordos internacionais firmados pelo Brasil com países africanos, por modalidade de acordo (1998-2018)

Modalidade de acordo	Quantidade
Ajuste complementar	44
Protocolo de intenções	13
Memorando de entendimento	5
Programa executivo	4
Declaração conjunta	1
Carta de intenções	1
Programa de trabalho	1
Total	69

Fonte: elaboração própria com base em consulta realizada à base de dados Concórdia do Ministério das Relações Exteriores (BRASIL, 2018a) e nos arquivos da AISA.

As áreas às quais houve mais documentos associados foram: HIV/aids (18), saúde pública (15), malária (9) e doença falciforme (5). Os PALOP lideraram com o maior número de acordos firmados durante o período considerado, com um total de 38 documentos – dos quais 30 ainda vigentes –, seguidos por países francófonos (17), anglófonos (12) e outros (2). A tabela 2 apresenta o recorte de acordos internacionais firmados com PALOP.

Tabela 2 – Acordos internacionais firmados pelo Brasil com PALOP, por modalidade de acordo (1998-2018)

Modalidade de acordo	Quantidade
Ajuste complementar	28
Memorando de entendimento	2
Programa de trabalho	1
Programa executivo	4
Protocolo de intenções	3
Total	38

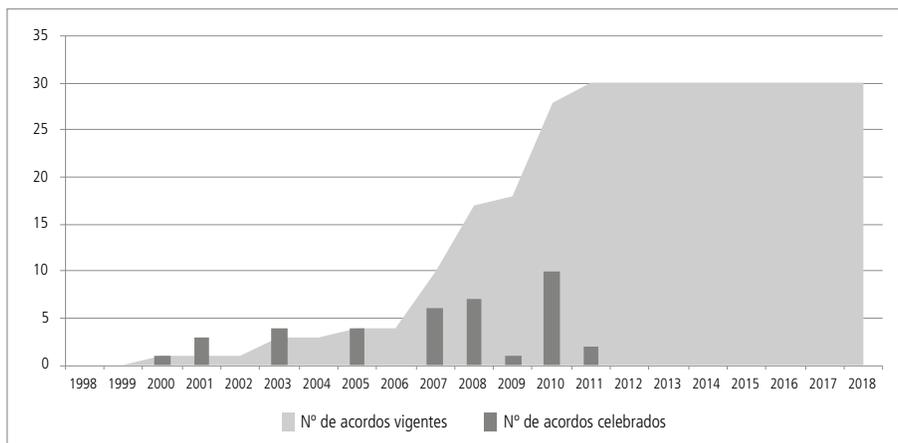
Fonte: elaboração própria com base em consulta realizada à base de dados Concórdia do Ministério das Relações Exteriores (BRASIL, 2018a) e nos arquivos da AISA.

Os acordos supracitados deram origem a 48 projetos de cooperação técnica em todo o continente africano, sendo 32 com PALOP. Entre as diferentes modalidades de acordo utilizadas, apenas o ajuste complementar e o programa executivo geram o respaldo legal necessário para a implementação de ações concretas. Instrumentos como memorandos de entendimento, protocolos de intenções e declarações, em sua maior parte, são utilizados em momentos de maior visibilidade política, como em visitas pre-

sidenciais e encontros ministeriais, como expressão do interesse dos países envolvidos em intensificar as relações bilaterais e promover cooperação.

No gráfico a seguir, são compiladas informações sobre o número de acordos vigentes internacionais na área da saúde firmados pelo Brasil com países africanos no período analisado, por ano.

Gráfico 1 – Acordos internacionais firmados pelo Brasil com PALOP e Acordos internacionais vigentes, por ano (1998-2018)



Fonte: elaboração própria com base em consulta realizada à base de dados Concórdia do Ministério das Relações Exteriores (BRASIL, 2018a).

Entre os PALOP, Moçambique é o principal destino da cooperação em saúde do Brasil, o que se confirma não apenas pelo número de acordos assinados, mas também, e sobretudo, pelo volume de recursos financeiros aplicados. Existem 17 acordos entre os dois países nas áreas de HIV/aids, câncer, alimentação e nutrição, saúde bucal, saúde pública, saúde materno-infantil e regulação e produção de medicamentos, totalizando cinco projetos em execução e oito concluídos. Entre os projetos, cabe destacar a iniciativa de implementação de uma fábrica de medicamentos, um dos mais emblemáticos projetos de cooperação já conduzidos pelo governo brasileiro, na qual já foram investidos mais de R\$ 40 milhões, em um esforço conjunto dos dois países, e a iniciativa de construção do banco de leite humano (BLH) e do Centro de Lactação do Hospital Central de Maputo, a ser inaugurado no último trimestre de 2018.

Em seguida, vem São Tomé e Príncipe, país com o qual já foram assinados cinco acordos na áreas de HIV/aids, saúde pública, malária e tuberculose, totalizando três projetos concluídos e um em execução. Trata-se do projeto “Apoio ao Programa de Luta Contra a Tuberculose”, que também se destaca como um dos maiores projetos da cooperação brasileira em saúde, havendo contado com apoio financeiro da ABC e técnico

do Ministério da Saúde para sua execução. A iniciativa contempla todos os eixos da Estratégia DOTS⁷, incluindo a descentralização do atendimento para todos os distritos sanitários do país e a ampliação da capacidade de diagnóstico, com o fortalecimento da retaguarda laboratorial e a implantação do teste de cultura de escarro. O projeto previu a estruturação de um laboratório de referência nacional no Hospital Ayres de Menezes (“Hospital Central”), de acordo com padrões internacionais de qualidade. Há perspectivas, inclusive, de que esse Hospital possa ser futuramente utilizado como polo formador para outros PALOP. O Laboratório foi inaugurado em janeiro de 2018.

Com Cabo Verde, foram assinados cinco acordos nas áreas de HIV/aids, malária, vigilância sanitária, bancos de leite humano e atenção básica, com três projetos concluídos e dois em execução. Destaca-se a cooperação em bancos de leite humano, com o estabelecimento do primeiro banco no continente africano, no ano de 2011. O banco, que fica localizado na maternidade do Hospital Agostinho Neto, na capital Praia, contribuiu para redução da mortalidade neonatal no país. Como parte do projeto, 90 técnicos cabo-verdianos foram capacitados. Dado o sucesso da iniciativa, novo projeto foi acordado no ano de 2018 para o estabelecimento do segundo banco de leite humano no país, que será localizado no Hospital Baptista de Sousa, na Ilha de São Vicente (IBERBLH, 2018; RBLH, 2018). Ademais, os dois países negociam a possibilidade de estabelecimento de iniciativa de cooperação na área do tabaco, com o objetivo de apoiar o governo cabo-verdiano no processo de implementação abrangente da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco⁸.

A cooperação com Guiné-Bissau contempla cinco acordos nas áreas de HIV/aids, malária e saúde da mulher⁹. Três projetos foram concluídos, com destaque para o projeto de cooperação triangular que envolveu o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), que teve como objetivo a melhoria da atenção à saúde de mulheres e adolescentes em situação de violência baseada em gênero, entre os anos de 2010 e 2011. No ano de 2012, foram assinados dois projetos bilaterais na área de HIV/aids, mas, em razão das instabilidades institucionais de Guiné-Bissau naquele ano, as ações de cooperação foram suspensas até a normalização institucional do país, em 2014. Esse foi um exemplo prático da eventual suscetibilidade das ações de cooperação a situações de instabilidades políticas ou econômicas, por exemplo. Atualmente, Brasil e Guiné-Bissau negociam novo projeto na área de HIV/aids, que objetiva aumentar a eficiência do Secretariado Nacional de Luta contra o SIDA da Guiné-Bissau nos serviços de saúde

⁷ Da sigla em inglês para *Directly Observed Treatment, Short-course* (tratamento de curta duração diretamente observado). É a estratégia de tratamento da tuberculose recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

⁸ A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), assinada em 2003, é o primeiro tratado internacional de saúde pública da história da OMS. Representa um instrumento de resposta dos Estados membros da Organização à crescente epidemia do tabagismo em todo mundo.

⁹ É comum que haja mais de um acordo para a mesma área temática. No caso da Guiné-Bissau, houve três acordos na área de HIV/aids assinados nos anos de 2001, 2005 e 2010.

em prevenção ao HIV e em vigilância epidemiológica. A expectativa é que as atividades de capacitação tenham início em 2018.

Por fim, com Angola, foram firmados quatro acordos, com projetos já concluídos nas seguintes áreas: malária; formação de recursos humanos para o Hospital Josina Machel, em projeto triangular com o Japão; doença falciforme; implementação de um mestrado de Saúde Pública, em parceria com a Fiocruz. Atualmente, o único projeto em execução da cooperação em saúde com Angola é o projeto-piloto para implementação de uma unidade de banco de leite humano na Maternidade Lucrecia Paim, em Luanda. Dois novos projetos, nas áreas de oncologia e doença falciforme, estão sendo negociados entre os dois países.

Analisando-se os números do Gráfico 1, verifica-se a assinatura de acordos de cooperação internacional na área da saúde entre o Brasil e os PALOP se deu entre os anos de 2001 e 2011. Apesar de não haver acordos assinados após o ano de 2011, não se trata de indicador que, por si só, represente a intensidade das ações de cooperação internacional realizadas. A maior parte dos acordos internacionais assinados no período ainda estão vigentes – um total de 29 acordos – e continuam servindo de amparo legal para os novos projetos elaborados a partir de então. Da mesma maneira, alguns projetos iniciados nesse período ainda estão em execução.

Ao longo dos últimos anos, o esforço conjunto da AISA e da ABC tem permitido dar seguimento à robusta agenda de cooperação internacional em matéria de saúde com os PALOP. Apenas em 2018, existe a expectativa de estabelecimento de cinco novos projetos de cooperação bilateral em saúde, como apresentado anteriormente. Ao promover o intercâmbio de experiências e a construção de políticas públicas de saúde que espelham a ênfase universalista do Sistema Único de Saúde brasileiro, o Ministério da Saúde e o Ministério das Relações Exteriores reforçam o compromisso de Estado do Brasil com a promoção do desenvolvimento e com o respeito aos direitos humanos.

Para além da cooperação bilateral, o Brasil desenvolve cooperação multilateral em saúde com os PALOP no âmbito da CPLP. Considerada importante elemento da agenda de política externa de seus Estados membros, a cooperação em saúde é um dos pilares da Comunidade. Atribui-se a ela considerável relevância para o desenvolvimento, bem como para o fortalecimento dos laços de solidariedade que norteiam as relações entre os países do bloco (CPLP, 2006a).

3 A cooperação multilateral: CPLP

Logo após a constituição formal da CPLP¹⁰, a cooperação na área da saúde foi iniciada no bloco, sobretudo, por meio de reuniões temáticas entre especialistas. O tema que dominava a agenda da saúde naquele momento, especialmente nos países africanos, era a epidemia do HIV/aids. Na III Conferência de Chefes de Estado da CPLP, realizada em Maputo, em 2000, os Estados membros concordaram em empreender esforços e recursos em ações e projetos para a prevenção e o controle da doença (CPLP, 2000).

Ao longo dos anos seguintes, outros assuntos ligados à área da saúde, como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e os impactos da epidemia de malária, existente em vários países do continente africano, foram tratados em instâncias políticas, como as reuniões de cúpula, e em encontros técnicos entre pesquisadores dos Estados membros. Em 2006, durante a VI Conferência de Chefes de Estado e de Governo da CPLP, estabeleceu-se que os ODM deveriam nortear todas as ações de cooperação do bloco. A CPLP deveria, portanto, prestar-se à concertação de ações entre seus países membros, com vistas a erradicar a fome e a pobreza e a promover o desenvolvimento sustentável, a educação, a igualdade de gênero e a saúde das populações. No que tange à saúde, tinha-se por metas a redução da mortalidade infantil em dois terços, a melhoria do acesso à saúde reprodutiva, a redução da mortalidade materna em três quartos e o combate ao HIV/aids, à malária, à tuberculose e a outras doenças infecciosas endêmicas (CPLP, 2006b).

No entanto, foi somente com a I Reunião de Ministros da Saúde da CPLP, realizada em 2008, na cidade da Praia, que a cooperação em saúde passou a ser discutida de forma institucionalizada na Comunidade. Na ocasião, os ministros delegaram para a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e para o Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) de Portugal a tarefa de coordenar a elaboração da proposta do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS), documento que deveria pautar todas as ações de cooperação em saúde no âmbito da Comunidade. Cabe destacar que ambas as instituições já tinham importante histórico de cooperação com os PALOP, sobretudo na formação de recursos humanos em saúde (CPLP, 2008). No ano seguinte, durante a II Reunião de Ministros da Saúde da CPLP, em Estoril, aprovaram a primeira versão do Plano, cuja vigência se estenderia até 2012- Quadro 1. A área da

¹⁰ A CPLP foi fundada em 1996, com o objetivo de promover a difusão da língua portuguesa, a concertação político-diplomática entre os Estados membros e a cooperação em diferentes domínios. Permeada pelos princípios da paz, da democracia e do estado de direito, dos direitos humanos, do desenvolvimento e da justiça social e fundamentada pela língua e pela história comuns, a Comunidade esteve inicialmente composta por sete países: Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal e São Tomé e Príncipe. Em maio de 2002, após sua independência, Timor-Leste passou a integrar a Comunidade. Em 2014, Guiné Equatorial foi aceita como Estado membro de pleno direito. Atualmente, além dos nove Estados membros, a CPLP conta com dez Estados observadores associados: Eslováquia, Geórgia, Hungria, Japão, República Checa, Ilhas Maurício, Namíbia, Senegal, Turquia e Uruguai. Com sede em Lisboa, a CPLP possui personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira. A não ingerência nos assuntos internos e a promoção de desenvolvimento por meio de cooperação mutuamente vantajosa pautam as relações entre os Estados membros (CPLP, 2018).

saúde foi a primeira a criar um plano setorial na CPLP. O então secretário executivo da Comunidade, embaixador Murade Murargy, destacou, em seu discurso na II Reunião de Ministros da Saúde (Estoril, 2009), que o Plano poderia servir de inspiração a outras áreas de atuação no seio da Comunidade.

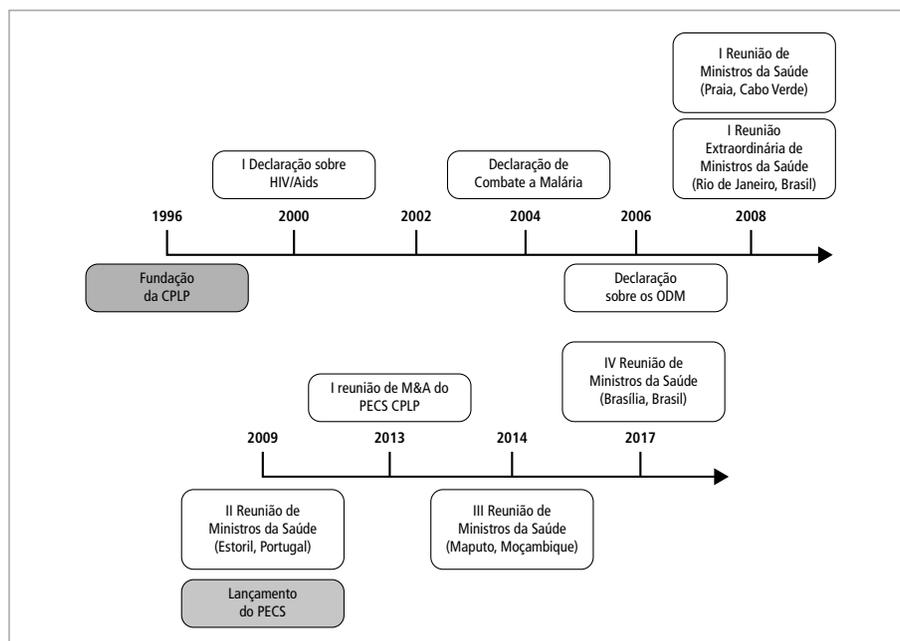
Quadro 1 – Quadro-resumo das reuniões ministeriais da CPLP no setor de saúde

Reunião	Local	Data	Principais deliberações
I RMS	Praia, Cabo Verde	11 e 12/04/2008	Aprova a resolução para elaboração do PECS/CPLP
I REMS	Rio de Janeiro, Brasil	20/09/2008	Apresentação e debate sobre a minuta do PECS/CPLP
II RMS	Estoril, Portugal	15/05/2009	Aprovação do PECS
III RMS	Maputo, Moçambique	12/02/2014	Monitoramento do PECS
IV RMS	Brasília, Brasil	26/10/2017	Fortalecimento do PECS

Fonte: elaboração própria com base em consulta realizada ao portal saúde da CPLP (CPLP, 2018).

Na Figura 1, a seguir, sintetiza-se a evolução do tratamento da saúde no âmbito da CPLP.

Figura 1 – Linha do tempo da CPLP e das reuniões ministeriais do setor de saúde



Fonte: Elaboração própria a partir de dados obtidos no Portal Saúde da CPLP (CPLP, 2018).

O PECS tem como principal finalidade contribuir para o reforço dos sistemas de saúde dos Estados membros, de forma a garantir o acesso universal a cuidados de saúde de qualidade, contribuindo para a redução da mortalidade infantil, para a melhoria da saúde materno-infantil e para o combate ao HIV/aids, à malária e a outras doenças endêmicas. Com base nesses preceitos, o PECS foi constituído com eixos que serviram para a definição dos projetos prioritários, o quais foram revistos e atualizados em 2018, para a versão do documento que vigorará até 2021. A edição atual do PECS está organizada em torno de sete eixos: 1) formação e desenvolvimento da força de trabalho em saúde; 2) sistemas nacionais de saúde; 3) informação e comunicação em saúde; 4) investigação em saúde; 5) monitorização e análise da situação de saúde e do cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS); e 6) vigilância e resposta a emergências em saúde pública.

No que concerne aos mecanismos de governança do Plano, os ministros aprovaram a criação do Grupo Técnico da Saúde (GTS) e do Fundo Setorial da Saúde da CPLP. O GTS é composto por peritos da área da saúde designados pelos Ministérios da Saúde dos Estados membros e tem como objetivo formular, coordenar e monitorar os projetos, as iniciativas e as redes de cooperação estabelecidas no âmbito do PECS. O Fundo Setorial da Saúde da CPLP é constituído por contribuições provenientes dos Estados membros, de outros Estados, de organizações e agências internacionais e de entidades públicas e privadas, de dentro ou fora da Comunidade, com a finalidade de financiar iniciativas de cooperação na área da saúde, sempre alinhadas aos eixos prioritários do PECS.

Após cinco anos do seu lançamento, durante a III Reunião de Ministros da Saúde da CPLP, ocorrida em fevereiro de 2014, em Maputo, realizou-se um balanço da execução do PECS. Na ocasião, averiguou-se que a sustentabilidade financeira era um dos maiores gargalos para a implementação das atividades e projetos previstos no Plano, uma vez que não existiria um mecanismo para garantir o investimento mínimo necessário pelos Estados membros ao Fundo Setorial da Saúde. Apesar dessas dificuldades, o PECS conseguiu avançar nos eixos de formação e desenvolvimento de recursos humanos e pesquisa, com a Rede de Institutos de Saúde Pública (RINSP), e no de informação e comunicação, com a Rede ePORTUGUÊSe (CPLP, 2014).

Implementado em 2005 e gerido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o projeto ePORTUGUÊSe foi constituído como uma rede de informação em saúde que agrega os países da CPLP, com o objetivo de fortalecer a colaboração entre as instituições e os profissionais de saúde da Comunidade. Além disso, propôs-se a subsidiar a formação de profissionais da saúde, por meio do acesso a informações e a capacitações técnicas em língua portuguesa, além de estimular a produção de conhecimento no idioma português. As atividades do ePORTUGUÊSe foram descontinuadas em 2015.

Na XI Conferência de Chefes de Estado e de Governo da CPLP, ocorrida em novembro de 2016, a presidência rotativa da Comunidade foi transmitida ao Brasil, por um período de dois anos. Para a presidência brasileira, foi escolhido como lema: “A CPLP e a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável” (CPLP, 2016). Após mais de três anos de hiato desde a realização da reunião de Maputo, o Ministério da Saúde do Brasil revigorou a cooperação do setor da saúde com os países da Comunidade, durante a presidência *pro tempore*.

Em 26 de outubro de 2017, foi realizada, em Brasília, a IV Reunião Ordinária de Ministros da Saúde da CPLP. A reunião teve como pano de fundo a revisão do PECS, visando à sua sustentabilidade financeira, grande gargalo para concretização das iniciativas contempladas no Plano. Na ocasião, o Brasil comprometeu-se a apoiar técnica e financeiramente as seguintes iniciativas: a criação da Rede de Bancos de Leite Humano da CPLP; o estabelecimento do Grupo de Trabalho permanente da CPLP em Telemedicina e Telessaúde; a criação da Rede de pontos focais para reestruturação do ePORTUGUÊSe; o reforço da Rede de Institutos Nacionais de Saúde Pública da CPLP (RINSP) (CPLP, 2017).

A Rede de BLH da CPLP pretende ser um fórum para promover o intercâmbio contínuo de boas práticas e informações de profissionais dos BLH, de modo a aumentar as chances de sucesso e a sustentabilidade de novas iniciativas nos países do bloco. A implantação exitosa do primeiro BLH em Cabo Verde, fruto da cooperação bilateral com o Brasil, tem potencial efeito catalisador para as demais iniciativas de instalação de bancos de leite humano nos PALOP, uma vez que demonstra na prática, a possibilidade de superação de desafios técnicos e culturais comuns a diferentes países da região, com resultados positivos comprovados. Trata-se, dessa maneira, de bom exemplo da complementaridade entre as iniciativas de cooperação técnica em saúde desenvolvidas nos âmbitos bilateral e multilateral.

O Grupo de Trabalho permanente em Telemedicina e Telessaúde visa coordenar os esforços para a difusão dessas estratégias nos países membros da Comunidade. Em setembro de 2017, foi realizada a I Reunião de Telemedicina e Telessaúde da CPLP, na Cidade da Praia, da qual emergiram recomendações com vistas a promover a utilização da telemedicina e da telessaúde como formas para diminuir as iniquidades em saúde, facilitar o acesso e melhorar a qualidade da prestação de serviços de saúde às populações dos Estados membros.

A Rede de pontos focais para reestruturação do ePORTUGUÊSe, por sua vez, responde ao interesse, compartilhado por vários Estados membros, pela retomada da iniciativa enquanto ferramenta para fortalecer o uso da língua portuguesa como idioma de trabalho e pesquisa em saúde. Com mandato para definir os moldes que serão empregados na nova fase do ePORTUGUÊSe, a Rede reunirá especialistas da CPLP a

fim de garantir a qualidade e adequação da iniciativa às necessidades atuais dos países membros.

O apoio ao estabelecimento de Institutos Nacionais de Saúde Pública nos países membros da CPLP tem sido um dos principais objetivos da RINSP desde sua criação, em 2011. Contabiliza-se como alguns dos principais avanços da rede o apoio à criação do Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA) da Guiné-Bissau, à criação do Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP) de Cabo Verde e à aprovação do seu plano executivo, além da inauguração do novo prédio do Instituto Nacional de Saúde (INS) de Moçambique. Além disso, foram conduzidas diversas iniciativas de formação de profissionais de saúde, com a finalidade de capacitar os institutos para formular respostas estratégicas para o desenvolvimento dos sistemas nacionais de saúde.

Entre as principais conquistas da atuação multilateral do Brasil na CPLP em matéria de saúde, destacam-se os entendimentos mantidos à margens da Assembleia Mundial da Saúde (AMS). Por iniciativa brasileira, o ministro da Saúde Brasil realizou em 2018, na plenária da 71ª AMS, um discurso em nome dos países da CPLP, iniciativa inédita na história da Comunidade. Em sua intervenção, destacou a importância atribuída pelo Brasil, como presidente *pro tempore* da CPLP, à Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável como norte para as ações desenvolvidas nas mais variadas áreas de cooperação e concertação política, inclusive na agenda de saúde. Nas palavras do ministro, “[n]ós, os países da CPLP, atribuímos especial atenção ao fortalecimento de nossos sistemas de saúde e ao acesso universal a cuidados de saúde de qualidade como meios para construção de capacidades e promoção do desenvolvimento” (OCCHI, 2018).

A iniciativa brasileira de fortalecer a cooperação com os Estados membros da CPLP em matéria de saúde é oportuna e benéfica para todas as partes. A estrutura de cooperação em rede, adotada em diferentes iniciativas de cooperação técnica em saúde da CPLP, permite o movimento retroalimentação entre as partes, promovendo o desenvolvimento de capacidades e a redução das iniquidades dentro e entre os Estados membros da Comunidade. Como unidade do Ministério da Saúde responsável por articular as possibilidades de cooperação internacional e convertê-las em realizações concretas, a AISA cumpre o papel fundamental de contribuir, em parceria com a ABC, para a execução de uma política de cooperação solidária e humanista.

4 Desafios e perspectivas da cooperação em saúde com os PALOP

A inexistência de um marco legal que ampare a cooperação brasileira é fator que impacta a implantação das atividades no âmbito de projetos de cooperação técnica internacional em todas as áreas, sejam iniciativas bilaterais, sejam multilaterais. Em que pesem os arranjos de cooperação em parceria com organismos internacionais como a

Operação Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o PNUD, que hoje respaldam e apoiam a execução financeira da cooperação prestada pelo Brasil, são enormes os desafios na condução diária dessas iniciativas. De ações mais simples, como o envio de um técnico do Ministério da Saúde ao exterior para participar de uma atividade, até a compra de um equipamento, como no caso de projetos que envolvam o desenvolvimento de um serviço de saúde, como um banco de leite, as dificuldades de operacionalização também são fatores importantes na condução de iniciativas de cooperação internacional.

As mudanças de gestão também impactam, com alguma frequência, a execução de projetos. Isso faz com que seja comum a paralisação por longos períodos, ou até mesmo o cancelamento de algumas iniciativas. Somem-se a isso desafios relacionados às dificuldades de compatibilização de rotinas intensas de trabalho de áreas técnicas do Ministério da Saúde, que contam com recursos humanos e financeiros limitados, com as demandas técnicas e logísticas relacionadas a um projeto de cooperação internacional.

A despeito das dificuldades enfrentadas, que são comuns a iniciativas dessa natureza, o Ministério da Saúde tem buscado aperfeiçoar seu *modus operandi* em matéria de cooperação internacional, de forma a garantir o estabelecimento de projetos que contribuam, de fato, para o desenvolvimento de capacidades com vistas ao fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde, por meio da capacitação de recursos humanos e do aprimoramento das políticas públicas setoriais.

Esse aperfeiçoamento reflete-se, por exemplo, na necessidade de realização de análise mais criteriosa prévia ao estabelecimento de novas iniciativas, no que concerne à capacidade do Brasil e de outros parceiros para operacionalizar as cooperações pretendidas. Dessa forma, tem-se investido cada vez mais na fase de elaboração dos projetos de cooperação, com o desenvolvimento e o uso de ferramentas que favoreçam um diagnóstico prévio. Esse exercício se dá por um processo participativo, no qual o diálogo entre os diversos atores envolvidos na cooperação é estimulado, tanto durante a missão de prospecção quanto posteriormente, por meio de reuniões à distância. A melhora desse diagnóstico, que inclui a análise dos problemas, soluções e riscos, tem tornado a execução dos projetos mais eficaz, aumentando, assim, sua sustentabilidade.

Outro fator que vem sendo aprimorado é o de monitoramento e avaliação das iniciativas de cooperação. Para isso, os novos projetos contemplam o estabelecimento de um comitê gestor, que reúne, periodicamente, pontos focais de todas as instituições envolvidas, para monitorar o andamento do projeto e propor eventuais adaptações necessárias ao longo de sua execução. No que tange à avaliação, apenas uma pequena parte dos projetos que foram finalizados passaram por esse processo. Registra-se, atualmente, o esforço da ABC para instituir essa prática essencial à rotina dos novos projetos de cooperação técnica desenvolvidos pelo país, o que contribui para o acúmulo de aprendizados para projetos futuros. Esse esforço foi explicitado na publicação do Manual da

Cooperação Técnica Sul-Sul, lançado pela ABC em 2013, que sugere a avaliação como parte essencial do processo de cooperação técnica.

A prioridade conferida ao estabelecimento de cooperações horizontais persegue, entre outros aspectos, a obtenção de benefícios mútuos. Isso, por sua vez, pode ser motor importante para o engajamento, nos níveis técnico e político, das áreas do Ministério da Saúde, de modo a garantir a sustentabilidade das ações de cooperação desenvolvidas. O papel desempenhado pela AISA e pela ABC para a consecução desses objetivos é, portanto, de importância fundamental.

A respeito da cooperação multilateral, o Brasil envidou esforços, durante sua presidência *pro tempore* da CPLP no biênio 2016-2018, para o fortalecimento do PECS, estimulando o avanço de iniciativas que já estavam em curso e lançando novos projetos com finalidades concretas, como as Redes de Bancos de Leite Humano e de Telemedicina e Telessaúde, que têm perspectivas promissoras para os próximos anos. Garantir a previsibilidade financeira e a participação efetiva dos Estados membros, favorecendo a autonomia das Redes e projetos do PECS, mostra-se um caminho incontornável para assegurar sua sustentabilidade no longo prazo.

A cooperação do Brasil com os PALOP em matéria de saúde tem avançado em frentes diversas ao longo dos últimos vinte anos, tanto no âmbito bilateral quanto no multilateral. Além da expansão dos temas e das políticas contempladas nos projetos e do número de países parceiros, é evidente a complexificação e o aprimoramento das estruturas e dos processos de cooperação envolvidos. Em seus vinte anos de história, a AISA tem contribuído para fomentar e dar coerência às ações de cooperação internacional em matéria de saúde desenvolvidas pelo Brasil. Ao fazê-lo, o Ministério da Saúde contribui para o aprimoramento de políticas de saúde não apenas nos países parceiros, mas também no Sistema Único de Saúde brasileiro, o que reforça a perspectiva de solidariedade e ganhos mútuos característica da cooperação internacional brasileira.

Referências

ALMEIDA, P. R. A diplomacia do governo Lula e seu primeiro mandato: um balanço e algumas perspectivas. **Carta Internacional**, v. 2, n. 1, p. 3-10, 2007.

ALMINO, J.; LIMA, S. E. M. (Org.). **30 anos da ABC: visões da cooperação técnica internacional brasileira**. Brasília: Funag, 2017.

AMORIM, C. Discurso de Posse. In: SILVA, L. I. L. da; AMORIM, C.; GUIMARÃES, S. P. **A Política Externa do Brasil**. Brasília: IPRI/Funag, 2003. p. 49-60.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Cooperação Internacional para ações de Prevenção e Controle do HIV/Aids para outros Países em Desenvolvimento**. jun. 2002. Disponível em: <http://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_port.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2018.

_____. Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. **Publicação via ABC**. mar. 2007. Disponível em: <http://www.abc.gov.br/intranet/sistemas_abc/siteabc/documentos/viaabc-baixa.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2018.

_____. Ministério das Relações Exteriores. **Concórdia**. mar. 2018. Disponível em: <<https://concordia.itamaraty.gov.br/atos-internacionais>>. Acesso em: 23 mar. 2018.

CHEDIEK, J. O papel do Brasil na Cooperação Sul-Sul: um estudo analítico e histórico. In: ALMINO, J.; LIMA, S. E. M. (Org.). **30 Anos da ABC: visões da cooperação técnica internacional brasileira**. Brasília: Funag, 2017. p. 41-71.

CPLP. **Portal Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa**. jul. 2018. Disponível em: <<http://www.cplp.org/saude>>. Acesso em 5 jul. 2018.

_____. **Declaração dos Chefes de Estado e de Governo sobre HIV/SIDA**. jul. 2000. III Conferência de Chefes de Estado e de Governo da CPLP. Disponível em: <<https://www.cplp.org/Files/Billeder/2000-III-CCEG.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2018.

_____. **Resolução sobre a Estratégia Geral de Cooperação da CPLP**. jul. 2006a. VI Conferência de Chefes de Estado e de Governo da CPLP. Disponível em: <<https://www.cplp.org/Files/Billeder/2006-VI-CCEG.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

_____. **Declaração sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: desafios e contribuições da CPLP**. jul. 2006b. VI Conferência de Chefes de Estado e de Governo da CPLP. Disponível em: <<https://www.cplp.org/Files/Billeder/2006-VI-CCEG.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

_____. **Declaração da Praia**. 12 abr. 2008a. I Reunião de Ministros da Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. Disponível em: <https://www.cplp.org/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=%2fFiles%2ffiler%2fcplp%2fredes%2fsaude%2fReuniaoPraia%2fDeclaracaoPRAIA6_FINAL.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.

_____. **Comunicado final**. Rio de Janeiro, 20 set. 2008b. I Reunião Extraordinária de Ministros da Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. Disponível em: <https://www.cplp.org/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=%2fFiles%2ffiler%2fcplp%2fredes%2fsaude%2fRedeHIV_SIDA%2fRelMin_MulheresVIH_RJ.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.

_____. **Declaração do Estoril**. 15 maio 2009. II Reunião de Ministros da Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. Disponível em: <http://www.cplp.org/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=%2fFiles%2ffiler%2fcplp%2fredes%2fsaude%2fIIReuniaoEstoril%2f-DeclarEstorilFINAL_15Maio.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.

_____. **Declaração de Maputo**. 12 fev. 2014. III Reunião de Ministros da Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. Disponível em: <https://www.cplp.org/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=%2fFiles%2ffiler%2fcplp%2fcana%2fcana%2fsaude%2fII+RMS%2f9_Dec-Map_III_RMS.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.

_____. **XI Conferência de Chefes de Estado e de Governo da CPLP**. nov. 2016. Disponível em: <<https://www.cplp.org/Default.aspx?ID=4447&Action=1&NewsId=4784&M=NewsV2&PID=10872>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

_____. **Declaração de Brasília**. IV Reunião de Ministros da Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. 26 de outubro de 2017. Disponível em: <https://www.cplp.org/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=%2fFiles%2fFiler%2f1_CPLP%2fSaude%2fIVR_Min%2fIVRMS_Declaracao_Brasilia_Brasil_vfinal.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.

MILANI, C. R. S. **ABC 30 anos: história e desafios futuros**. Brasília: Agência Brasileira de Cooperação, 2017.

OCCHI, Gilberto, Ministro da Saúde. **Discurso por ocasião da sessão plenária da 71ª Assembleia Mundial da Saúde**. Genebra, 2018.

PINHEIRO, L. **Política externa brasileira**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.

PROGRAMA IBERO-AMERICANO DE BANCO DE LEITE HUMANO. [**Homepage**]. jul. 2018. Disponível em: <<http://www.iberblh.icict.fiocruz.br>>. Acesso em de jul. 2018.

REDE GLOBAL DE BANCOS DE LEITE HUMANO. [**Homepage**]. jul. 2018. Disponível em: <<https://rblh.fiocruz.br/pagina-inicial-rede-blh>>. Acesso em 13 jul. 2018.

VIGEVANI, T.; CEPALUNI, G. A política externa de Lula da Silva: a estratégia da autonomia pela diversificação. **Contexto internacional**, v. 29, n. 2, . p. 273-335, 2007.

APÊNDICE – Lista de acordos entre Brasil e países africanos de língua portuguesa e projetos de cooperação técnica internacional firmados entre 1998 e 2018

País	Tipo	Área	Ano	Status do acordo	Projeto vinculado	Título do Projeto	Status do Projeto
Angola	Ajuste Complementar	Malária	2007	Vigente	Sim	Apoio ao Programa de Prevenção e Controle da Malária	Cancelado
Angola	Ajuste Complementar	Saúde pública	2007	Vigente	Sim	Capacitação do Sistema de Saúde da República de Angola - I (Mestrado)	Concluído
Angola	Ajuste Complementar	Saúde pública	2007	Vigente	Sim	Capacitação do Sistema de Saúde da República de Angola - II (Mestrado)	Concluído
Angola	Ajuste Complementar	Doença falciforme	2010	Vigente	Sim	Projeto-Piloto em Doença Falciforme	Concluído
Angola	Programa de Trabalho	Saúde pública	2011	Vigente	Sim	Apoio para implementação do Banco de leite Humano	Em execução
Cabo Verde	Ajuste Complementar	HIV/aids	2005	Espirado em 2008	Sim	Programa de Cooperação Internacional do Ministério da Saúde	Concluído
Cabo Verde	Ajuste Complementar	Malária	2008	Vigente	Sim	Apoio ao Programa de Prevenção e Controle da Malária	Cancelado
Cabo Verde	Ajuste Complementar	Vigilância sanitária	2008	Vigente	Sim	Consolidação da ARFA como Agente Regulador	Concluído
Cabo Verde	Programa Executivo	Atenção básica	2008	Vigente	Sim	Fortalecimento da Atenção Básica de Cabo Verde	Concluído
Cabo Verde	Programa Executivo	Bancos de Leite Humano	2008	Vigente	Sim	Apoio à Implementação do Banco de Leite Humano	Concluído
Guiné-Bissau	Ajuste Complementar	HIV/aids	2001	Expirado em 2003	Sim	Fortalecimento do Combate ao HIV/Aids na Guiné-Bissau	Concluído
Guiné-Bissau	Ajuste Complementar	HIV/aids	2005	Expirado em 2008	Sim	Programa de Cooperação Internacional do Ministério da Saúde	Concluído
Guiné-Bissau	Ajuste Complementar	Malária	2007	Vigente	Sim	Apoio ao Programa de Prevenção e Controle da Malária	Paralisado

País	Tipo	Área	Ano	Status do acordo	Projeto vinculado	Título do Projeto	Status do Projeto
Guiné-Bissau	Ajuste Complementar	HIV/aids	2010	Vigente	Sim	Fortalecimento do Combate ao HIV/Aids na Guiné-Bissau Fase II	Concluído
Guiné-Bissau	Ajuste Complementar	Saúde da mulher	2010	Vigente	Sim	Fortalecimento das ações: Mulheres e Adolescentes vítimas de Violência	Concluído
Guiné Equatorial	Memorando de Entendimento	Saneamento Básico	2009	Vigente	Não		Não aplicável
Moçambique	Ajuste Complementar	HIV/aids	2001	Expirado em 2003	Sim	Fortalecimento do Combate ao HIV/Aids em Moçambique	Concluído
Moçambique	Ajuste Complementar	HIV/aids	2003	Vigente	Sim	Programa de Cooperação Internacional do Ministério da Saúde	Concluído
Moçambique	Ajuste Complementar	Ciência e tecnologia	2005	Expirado em 2007	Sim	Estudo de Viabilidade para Instalação da Fábrica de medicamentos	Concluído
Moçambique	Ajuste Complementar	Alimentação e nutrição	2007	Vigente	Sim	Fortalecimento das Ações de Alimentação e Nutrição de Moçambique	Concluído
Moçambique	Ajuste Complementar	Saúde pública	2007	Vigente	Sim	Fortalecimento do Instituto Nacional de Saúde de Moçambique	Concluído
Moçambique	Ajuste Complementar	Ciência e tecnologia	2008	Vigente	Sim	Instalação de Fábrica de Medicamentos Antirretrovirais e Outros	Em execução
Moçambique	Ajuste Complementar	Vigilância sanitária	2008	Vigente	Sim	Fortalecimento Institucional do Órgão Regulador de Medicamentos	Concluído
Moçambique	Ajuste Complementar	Bancos de Leite Humano	2010	Vigente	Sim	Implantação do Banco de Leite Humano no Hospital Central	Em execução
Moçambique	Ajuste Complementar	Oncologia	2010	Vigente	Sim	Fortalecimento das ações de prevenção e controle do câncer	Concluído
Moçambique	Ajuste Complementar	Saúde bucal	2010	Vigente	Sim	Apoio ao Sistema de Atendimento Oral de Moçambique: Pesquisa em Saúde Bucal	Em execução

País	Tipo	Área	Ano	Status do acordo	Projeto vinculado	Título do Projeto	Status do Projeto
Moçambique	Ajuste Complementar	Saúde bucal	2010	Vigente	Sim	Apoio ao Sistema de Atendimento Oral de Moçambique: Prótese Dentária	Em execução
Moçambique	Ajuste Complementar	Saúde mental	2010	Vigente	Sim	Implantação de Projeto-Piloto de Terapia Comunitária	Concluído
Moçambique	Ajuste Complementar	Saúde da mulher	2010	Vigente	Sim	Implantação do Centro da Mulher e da Criança no Hospital Central	Em execução
Moçambique	Ajuste Complementar	Ciência e tecnologia	2011	Vigente	Sim	Projeto de Capacitação na produção de Medicamentos Antirretrovirais	Em execução
Moçambique	Memorando de Entendimentos	HIV/aids	2003	Vigente	Não		Não aplicável
Moçambique	Protocolo de Intenções	Saúde pública	2001	Expirado em 2004	Não		Não aplicável
Moçambique	Protocolo de Intenções	Ciência e tecnologia	2003	Expirado em 2009	Não		Não aplicável
São Tomé e Príncipe	Ajuste Complementar	HIV/aids	2000	Vigente	Sim	Fortalecimento do Combate ao HIV/Aids em São Tomé e Príncipe	Concluído
São Tomé e Príncipe	Ajuste Complementar	HIV/aids	2005	Vigente	Sim	Programa de Cooperação Internacional do Ministério da Saúde	Concluído
São Tomé e Príncipe	Programa Executivo	Malária	2008	Vigente	Sim	Apoio ao Programa de Prevenção e Controle de Malária	Concluído
São Tomé e Príncipe	Programa Executivo	Tuberculose	2010	Vigente	Sim	Apoio ao Programa de Luta contra a Tuberculose de São Tomé e Príncipe	Em execução
São Tomé e Príncipe	Protocolo de Intenções	Saúde pública	2003	Expirado em 2005	Não		Não aplicável

Fonte: elaboração própria com base em consulta realizada à base de dados Concórdia do Ministério das Relações Exteriores (BRASIL, 2018a).

Cooperação em saúde com o Haiti

Douglas Valletta Luz¹

Resumo

O presente artigo contextualiza brevemente as relações entre Brasil e Haiti, o sistema de saúde haitiano e apresenta as atividades e os projetos de cooperação técnica internacional entre os dois países no campo da saúde, os quais contaram com o apoio da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde do Ministério da Saúde.

As atividades e os projetos internacionais de cooperação técnica e humanitária em saúde tiveram início em 2004, quando o Brasil assumiu o comando militar da Missão das Nações Unidas para a Estabilização do Haiti (MINUSTAH), em uma perspectiva de apoiar a estabilização do país por meio do fortalecimento de suas instituições em diversas áreas, reconhecendo a saúde pública como parte fundamental do desenvolvimento do país. A partir de 2010, com o terremoto que devastou parte considerável da infraestrutura de saúde pública haitiana, as atividades de cooperação se intensificaram e adquiriram volume e amplitude significativamente maiores, com destaque para a Cooperação Tripartite Brasil-Cuba-Haiti e para o Projeto para o fortalecimento da gestão dos serviços e do sistema de saúde no Haiti. Conclui-se que os projetos foram importantes para fortalecer as instituições haitianas e apoiar o processo de desenvolvimento proposto para a estabilização do Haiti, bem como revelou aprendizados e desafios para o lado brasileiro.

Palavras-chave: Saúde. Brasil-Haiti. Cooperação.

Contextualização

Uma das grandes peculiaridades e feitos da história haitiana é que sua independência foi resultado do êxito de uma revolta escrava. Em 1804, o Haiti foi a segunda colônia das Américas a conquistar sua independência, o primeiro país do continente americano a abolir a escravidão e a primeira república negra do mundo.

¹ Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), especialista em Administração Pública pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) de Brasília e graduado em Relações Internacionais pela Universidade de São Paulo (USP). Analista Técnico de Políticas Sociais lotado na Assessoria de Assuntos de Saúde do Ministério da Saúde.

Quero agradecer a Everaldo Torres, Isaac Vergne, Isabela Coelho Moreira, João Aprígio Guerra de Almeida, Mauro Figueiredo, Maria Augusta Ferraz, Mercedes Goldmann, Michelle Rodrigues Correia, Ricardo Barcelos, Tomás Werner Seferin e Virgínia Valiate Gonzalez, que gentilmente colaboraram com informações sobre atividades e projetos, e Anna Elisa Lima, Bruno Rezende e Rodrigo Campos, pelas contribuições com o texto.

Após a dita revolução haitiana (1791-1804), a história do país esteve marcada por regimes militares, ditaduras autoritárias, como as dos Duvalier (conhecidos como *Papa Doc* e *Baby Doc*, no poder entre 1957 e 1986), instabilidade política, intervenções e missões de paz estrangeiras (VALLER FILHO, 2007). Para Verenhitch (2008, p. 19), “a crise do Haiti provém de dois séculos de história independente, nos quais o país sofreu 34 golpes de Estado e promulgou 23 constituições, em um longo e ininterrupto ciclo de governos ditatoriais”.

Segundo Valler Filho (2007), entre a independência e 1820, o Haiti viveu o que seria sua “fase fundacional”, em que substituiu a agricultura exportadora por agricultura de subsistência. No período posterior, até 1915, voltou sua economia para a exportação de produtos primários, com sucessivos comandos militares e instabilidade política. Em 1915, teve início uma intervenção norte-americana – quando o país virou protetorado dos Estados Unidos – que durou até 1934. Em 1946, houve uma greve geral, que reivindicava melhores condições de vida e empregos.

Em 1957, François Duvalier, que também ficou conhecido como *Papa Doc*, elegeu-se presidente com apoio norte-americano e, em 1964, declarou-se presidente vitalício, instalando governo ditatorial. Com a morte de *Papa Doc*, em 1971, seu filho, Jean-Claude Duvalier, que ficou conhecido como *Baby Doc*, assumiu o cargo de seu pai. O período da ditadura Duvalier foi marcado por episódios de desrespeito aos direitos humanos e clima de terror, patrocinado por milícia própria do regime. Em 1986, protestos contrários à ditadura espalharam-se pelo país. Segundo Louidor (SANTIAGO, 2013, p. 21-22),

o descontentamento, principalmente no campo e nos bairros populares, crescia contra o regime repressivo dos Duvalier. Os meios de comunicação, a universidade pública e a Igreja Católica, em especial as Comunidades Eclesiais de Base (*Ti Legliz*, em creole), figuraram entre as primeiras forças (ainda que não as únicas) que canalizaram e articularam o protesto social contra o regime duvalierista. [...] À raiz de um grande movimento social, o ditador Jean Claude Duvalier teve que exilar-se do país, pondo fim a uma terrível ditadura que durou cerca de 30 anos. O dia 7 de fevereiro de 1986 marcou uma nova etapa na história do país: “a segunda independência do Haiti”, como foi batizada. No ano seguinte, uma nova Constituição, democrática e de acordo com a vontade popular, foi elaborada e aceita unanimemente pela população, que a proclamou solenemente para “garantir seus direitos inalienáveis e imprescritíveis à vida e à liberdade, conforme com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948”, para “construir uma nação haitiana socialmente justa, economicamente livre e politicamente independente” e para “implantar a democracia, que implica o pluralismo ideológico e a alternância política, e afirmar os direitos invioláveis do povo haitiano”, de acordo com o preâmbulo da nova Carta Magna do país.

A Constituição da República do Haiti (1987) propôs-se a garantir direitos sociais à sua população, em um contexto de grande mobilização social após a derrocada de um regime ditatorial perverso. Educação, saúde, moradia e seguridade social são direitos sociais dos haitianos, a despeito da dificuldade do Estado de assegurá-los e mesmo da dificuldade dos cidadãos haitianos de reivindicá-los na justiça.

No período após o fim da ditadura, entre 1986 e 1990, houve grande instabilidade política, com dois governos transitórios, uma eleição não respeitada e dois golpes de Estado. Em fevereiro de 1991, o padre católico Jean-Bertrand Aristide, adepto da teologia da libertação e figura emblemática na política haitiana até hoje, assumiu a presidência do Haiti, eleito com 67% dos votos.

Passados sete meses do início de seu mandato, Aristide foi deposto por outro golpe de Estado e buscou asilo nos Estados Unidos. Em 1993, a Organização dos Estados Americanos (OEA), em parceria com a Organização das Nações Unidas (ONU), criou a *International Civilian Mission in Haiti*, composta por observadores internacionais para monitorar as denúncias de violações aos direitos humanos apresentadas pelo presidente deposto, e permaneceria no país até meados de 1994, quando foi expulsa. Ainda em setembro de 1993, o Conselho de Segurança da ONU aprovou a primeira missão militar das Américas, a Missão das Nações Unidas no Haiti (UNMIH, na sigla em inglês), que, de maneira inédita, apoiou a recondução do presidente deposto ao poder e acompanhou o término de seu mandato. Aristide logrou eleger seu sucessor, René Préval, para o mandato de 1996 a 2001. Durante o mandato de Préval, houve rompimento do grupo de Aristide com a situação, e o quadro político levou a uma nova onda de instabilidades.

Nas eleições de 2000, cuja validade foi contestada pela comunidade internacional, Aristide foi eleito novamente para um mandato até 2006 e formou maioria no Congresso. Esse episódio gerou novo ciclo de instabilidades, que incluiu um governo paralelo de oposição, violações de direitos humanos, reunião de segmentos da sociedade civil pedindo um novo contrato social no país para pacificá-lo, em paralelo à escalada de violência nas ruas e à violenta repressão da oposição, com desintegração e politização da Polícia Nacional. As eleições legislativas previstas para 2003 não ocorreram, e os mandatos parlamentares terminaram em janeiro de 2004, quando o Executivo passou a legislar por decretos.

No início de 2004, a Comunidade do Caribe (CARICOM) e a OEA se propuseram a apoiar a mediação do conflito, sem sucesso, pois a oposição não estava disposta a negociar e exigia a derrubada do presidente. Em fevereiro, uma revolta armada iniciada em Gonaïves² espalhou-se para outras cidades, inclusive Cabo Haitiano, a segunda

² Segundo Valler Filho (2007, p. 152), a “quarta cidade haitiana e simbólica para a história do país, por ter sido a sede da revolta vitoriosa contra o colonizador francês e do movimento que culminou com o fim da ditadura duvalierista, em 1986”.

maior cidade haitiana, tendo o movimento rebelde dominado o Norte do país. A revolta ameaçava tomar Porto Príncipe. Diante do alerta de um conflito civil, e após reunião com os embaixadores da França e dos Estados Unidos, Aristide renunciou em 29 de fevereiro de 2004³ e exilou-se do país.

O governo provisório foi assumido pelo presidente da Suprema Corte de Justiça, cuja primeira medida foi solicitar apoio internacional para manutenção da ordem, além de estabelecer um conselho de sábios. No próprio dia 29 de fevereiro, o representante das Nações Unidas no Haiti submeteu o pleito ao Conselho de Segurança da ONU, que o aprovou na mesma noite, criando uma Força Multilateral Provisória (MIF, na sigla em inglês), composta por tropas norte-americanas, francesas e chilenas.

Em 30 de abril de 2004, o Conselho de Segurança da ONU aprovou a Resolução nº 1.542, que deu origem à Missão das Nações Unidas para a Estabilização do Haiti (MINUSTAH), cujo comando militar foi assumido pelas Forças Armadas brasileiras. O governo provisório e a MINUSTAH tiveram a incumbência de promover a conciliação política, convocar novas eleições – inicialmente previstas para 2005 e realizadas em 2006 –, restabelecer a segurança e os serviços públicos, fortalecer a governança política e econômica do país, promover o desenvolvimento institucional, a recuperação econômica e a melhoria do acesso a serviços públicos.

A MINUSTAH foi a quinta⁴ missão da ONU com o objetivo de restabelecer a ordem no país e buscou diferenciar-se das anteriores por meio de uma maior presença de países em desenvolvimento e com ampla gama de atividades, como assistência eleitoral, segurança pública, cooperação humanitária, proteção de direitos humanos e meio ambiente e desenvolvimento econômico. A comunidade internacional foi instada a oferecer cooperação e recursos para apoiar o movimento de estabilização e desenvolvimento haitianos. A MINUSTAH teve envolvimento de vários países, como demonstrou Valler Filho (2007, p. 170):

[...] com mais de 6.700 militares e cerca de 1.600 policiais e seu caráter internacional seria configurado pela origem de seus componentes. Assim, os países que contribuiriam com pessoal militar seriam, além do Brasil, Argentina, Bolívia, Canadá, Chile, Croácia, Equador, França, Filipinas, Guatemala, Jordânia, Marrocos, Nepal, Paquistão, Paraguai, Peru, Sri Lanka, Estados Unidos e Uruguai. O contingente policial seria

³ Verenhitch (2008, p. 29) argumenta que, “em geral, especialistas, mídia e opinião pública acreditam que houve um golpe, liderado pelos Estados Unidos e apoiado por França e Canadá. Ainda que não existam provas materiais nesse sentido – tão-somente evidências –, não restam dúvidas de que houve pressão por parte desses Estados, embora as possíveis razões sejam controversas”.

⁴ Por ser um histórico breve, o texto acima apresentou somente a primeira missão e a MINUSTAH. As quatro missões anteriores à MINUSTAH foram: UNMIH (*United Nations Mission in Haiti*), missão conjunta da ONU e da OEA, set./1993-jun./1996; UNSMTH (*United Nations Support Mission in Haiti*), jul./1996-jul./1997; UNTMIH (*United Nations Transition Mission in Haiti*), ago./1997-nov./1997; e MIPONU (*United Nations Civilian Police Mission in Haiti*), dez./1997-mar./2000 (VERENHITACH, 2008, p. 35-36).

formado por Argentina, Benin, Bósnia-Herzegovina, Brasil, Burkina Faso, Camarões, Canadá, Chade, Chile, China, Colômbia, Egito, El Salvador, Espanha, Estados Unidos, Filipinas, França, Granada, Guiné, Iêmen, Jordânia, Madagascar, Mali, Ilhas Maurício, Nepal, Níger, Nigéria, Paquistão, Romênia, Rússia, Senegal, Serra Leoa, Togo, Turquia, Uruguai, Vanuatu e Zâmbia.

Em 12 de janeiro de 2010, um terremoto na região de Porto Príncipe causou grande destruição, o que agravou a situação de pobreza e vulnerabilidade do país e acabou por estender o mandato da missão. A MINUSTAH esteve presente no Haiti até outubro de 2017, convivendo com críticas relativas ao longo período de sua vigência, a denúncias de violações de direitos humanos e à introdução da epidemia de cólera no país⁵.

Após a retirada da MINUSTAH, em outubro de 2017 teve início a Missão das Nações Unidas de Apoio à Justiça no Haiti (MINUSJUSTH), sem componente militar, para apoio político ao fortalecimento da Polícia Nacional do Haiti, das instituições judiciais e penais e da situação de direitos humanos. A missão é composta por uma equipe de mais de 300 civis e mil policiais e teve um mandato inicial de seis meses, atualmente estendido para abril de 2019 (ONU, [2017]).

O Haiti ocupa o terço oeste da ilha de Hispaniola, no Caribe. Seu território tem aproximadamente 27.750 km² – comparável ao estado de Alagoas no Brasil –, e sua população foi estimada em onze milhões de pessoas para 2015 (HAITI, 2015), sendo essencialmente jovem, com idade média de 22 anos (OMS, [2017]). Está entre os países mais pobres do mundo e é o mais pobre das Américas, com o menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do continente (0,493, considerado baixo). Em uma lista de 185 países, ocupa a posição 163º do IDH e apresenta o quarto maior índice de Gini (60,8), indicativo de ampla desigualdade de renda (PNUD, [2016]). É um país em processo de urbanização, com 52% da população vivendo em áreas urbanas em 2010. A expectativa de vida era, em 2015, de 62 anos para homens e 66 para mulheres. A taxa de mortalidade infantil era, em 2015, de 52,2 para cada mil nascidos vivos, e a razão de mortalidade materna, de 359 por 100 mil nascidos vivos (OMS, [2017]). Além dos elevados coeficientes de mortalidade infantil e materna, o país tem alta prevalência de doenças infectocontagiosas, como malária, tuberculose e HIV/aids (BRASIL, [2017]a).

O Haiti é um país dependente de ajuda externa e da cooperação internacional. Em 2011, 60% do orçamento nacional veio de ajuda oficial ao desenvolvimento, porém somente 10% passaram de fato para as contas nacionais e as instituições do país, o que denota que a ajuda externa não necessariamente está fortalecendo o Estado haitiano

⁵ O cólera teria sido introduzido no Haiti por nepaleses a serviço da MINUSTAH. Somente em agosto de 2016, após o desgaste político provocado pelo episódio, o secretário-geral da ONU assumiu a responsabilidade da organização pela epidemia de cólera no país, embora tenha mantido sua imunidade com relação a processos judiciais que solicitam reparação de danos. A organização estabeleceu um fundo, em 2017, para combate ao cólera no Haiti e vem instando os países a doar.

(BARANYI, 2012). Muitas publicações citam o Haiti como uma “República de ONGs”, dada a proliferação de organizações atuando em seu território, incluindo organizações governamentais, religiosas, caridosas, filantrópicas etc. Para Jérôme (SANTIAGO, 2013), a dura situação social haitiana também se deve à ajuda humanitária, que transformou o país em uma das principais fontes de recursos de milhares de ONGs, em atuação há décadas no país, sem, contudo, melhorar a situação da população. Essas organizações assumem, inclusive, serviços de competência do Estado e, em alguns casos, têm o orçamento maior que a própria instituição que deveria regulá-la. Não há plena coordenação ou regulação de suas ações. Existem denúncias relacionadas ao desvio ou à má aplicação de verbas, e são comuns as críticas aos trabalhos difusos e sem busca de interesse público dessas organizações, que estariam, por vezes, mais focadas em sua própria manutenção do que na emancipação e na melhoria da qualidade de vida do povo haitiano.

Nota-se, também, a fragilidade das informações oficiais de que o Estado haitiano dispõe sobre seu território e sua população. O último censo realizado é de 2003, anterior ao terremoto e à diáspora haitiana ocorrida após o terremoto de 2010, o que dificulta o planejamento e a tomada de decisões dos gestores.

Frequentemente, também são apresentadas fragilidades relativas ao território montanhoso, ao clima – em decorrência da passagem de temporadas anuais de tempestades tropicais e furacões – e a fenômenos geográficos (como os que levaram ao terremoto de 2010), que, aliados à pobreza e à vulnerabilidade da população e à urbanização desorganizada, tendem a ser mais devastadoras no Haiti que em outros países da região.

1 Relações entre Brasil e Haiti

O início das relações diplomáticas entre Brasil e Haiti deu-se em 1928, com a abertura de missões diplomáticas, à época ditas “legações”, em ambos os países – elevadas a embaixadas em 1953. Até 2004, os países tiveram relações tímidas e intermitentes. Como nota Sá e Silva (2016), Brasil e Haiti não foram destacados parceiros comerciais, não possuem proximidade geográfica, não compartilham a mesma língua e tiveram dominações coloniais diferentes. Valler Filho (2007) registra que houve alguns intercâmbios entre os países mediante conexões relevantes estabelecidas por intelectuais e diplomatas, mais do que por trocas comerciais ou relações sistemáticas. O Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica, firmado em 15 de outubro de 1982, durante visita do ministro das Relações Exteriores do Haiti a Brasília, somente entrou em vigor em novembro de 2004, quando o Brasil o ratificou por meio de decreto (BRASIL, 2017a).

A partir de 2004, o Haiti passou a ser prioridade nas relações internacionais do Brasil. Para Regina (2016), isso se deveu a dois eventos, principalmente: a liderança

militar da MINUSTAH a partir de 2004 e a resposta ao terremoto que assolou o país em 2010. Além disso, o Brasil assumiu uma postura de maior aproximação com países em desenvolvimento e passou a atribuir maior ênfase às relações Sul-Sul em sua política externa.

A decisão brasileira de assumir o comando militar de uma operação de paz mostrou a emergência de uma orientação de política externa que reorientou o princípio da não intervenção para a não indiferença, por tratar-se de operação para apoiar um país em realidade de descontrole e colapso institucional, com discurso centrado na questão da solidariedade e do desenvolvimento mútuo (HIRST, 2007). Como explicitou o ministro das Relações Exteriores, Celso Amorim, ao Congresso Nacional, em 12 de maio de 2004 (BRASIL, 2004c, p. 112),

o Brasil é um país que tem, hoje, uma política externa muito atuante, uma política externa reconhecida por todos, o que muitas vezes incomoda. É uma política externa que reconhece a responsabilidade de um país como o Brasil. A paz não é um bem livre. Quando as pessoas dizem: por que temos que nos meter aqui ou ali? A paz não existe de graça. A paz tem um preço, e temos uma responsabilidade, sobretudo dentro da nossa região do mundo; se não exercermos essa responsabilidade, outros exercerão. Não é do interesse brasileiro que essa intervenção ocorra em momentos em que a paz possa ser atingida por outros meios, mesmo que a ação esteja embasada em plena legitimidade não só política, mas também jurídica, legal, e sempre defendemos esse ponto. [...] É uma ação aprovada, apoiada pelo Conselho de Segurança. Quero dizer também, como complemento, que essa missão terá um importante componente civil. Estamos estudando e discutindo como trabalhar esse componente. Por exemplo, o Haiti é um país combalido pelo analfabetismo e por doenças como a aids. Em sendo assim, o Brasil está estudando também como participar – é claro que isso também terá um custo – do componente humanitário, do componente civil e também, digamos, da parte mais estritamente diplomática.

A atuação brasileira assumiu a postura de não só garantir a estabilidade política do país, como também apoiar a melhoria da qualidade de vida da sua população. Foi emblemática, do ponto de vista simbólico, a partida amistosa de futebol entre as seleções brasileira e haitiana, em território haitiano, como demonstração de amizade e de promoção de valores positivos no país, no início do mandato da MINUSTAH (PERDIGÃO; IPOLITO, 2017).

No campo da cooperação técnica para o desenvolvimento brasileira, o Haiti também adquiriu prioridade. Os anos de 2004 e 2010 são marcos históricos no perfil de cooperação técnica entre os dois países: a partir de 2004, as atividades e os projetos desenvolvidos estiveram mais relacionados a políticas de eliminação da fome e pobreza e, a partir de 2010, tiveram enfoque na reconstrução do país e na cooperação humani-

tária, principalmente na área da saúde e de alimentos. A própria cooperação brasileira precisou adaptar-se para fornecer o apoio emergencial pós-terremoto, com projetos mais vultosos e com flexibilidade para assumir atividades relacionadas à reconstrução do país (REGINA, 2016). Em 2010, 47,4% dos gastos do Brasil com cooperação técnica para o desenvolvimento internacional foram destinados ao Haiti (IPEA, 2013).

Os projetos e as atividades de cooperação técnica desenvolvidos pelo Brasil têm prezado pela horizontalidade das ações, destacando o princípio de “fazer conjunto” como condição ao desenvolvimento de projetos. Como notam Perdigão e Ipolito (2017, p. 112), desde 2004, “o Brasil não mostrou restrições notáveis à atuação compartilhada no Haiti em nenhuma área”, tendo realizado conjuntamente projetos e atividades bilaterais e multilaterais não só em saúde, como também em segurança alimentar, agricultura, educação, formação profissional, prática esportiva, capacitação policial, preservação do ambiente, entre outros, como o próprio apoio à organização do processo eleitoral.

2 O sistema nacional de saúde haitiano

Como visto, a Constituição haitiana de 1987, elaborada no contexto de mobilização social do final da ditadura Duvalier, propôs-se a garantir direitos sociais à sua população. Em seus artigos 19 e 23, respectivamente, estipula que o Estado tem por obrigação a garantia do direito à saúde e o fornecimento a todos os cidadãos dos meios adequados para manutenção, proteção e recuperação da saúde – a despeito da dificuldade do Estado de assegurá-los e mesmo da dificuldade dos cidadãos haitianos de reivindicá-los na justiça (HAITI, 1987). Lamaute-Brisson (2013) argumenta que, ao contrário do que muitos pressuporiam, o Estado haitiano assume ações e discursos de proteção social e de luta contra a pobreza, mas há limitações de cobertura tanto em extensão territorial quanto em magnitude, levando a ilhas com presença de políticas sociais e grandes carências de cobertura de serviços nas demais áreas. Até 2010, essas ilhas estavam bastante concentradas na capital do país, motivo pelo qual o terremoto se revelou devastador para o sistema nacional de saúde.

Do ponto de vista da organização de serviços de saúde pública, conforme diretrizes do documento *Organisation des soins de santé communautaire* (HAITI, 2016a), do Ministério da Saúde Pública e da População (MSPP) do Haiti, o sistema nacional de saúde haitiano se propõe a seguir uma organização em três níveis de atenção à saúde, conforme distribuição territorial e com base comunitária, orientado pela atenção primária, com serviços descentralizados e de complexidade crescente. O quadro a seguir sintetiza a organização dos serviços conforme os níveis de atenção.

Quadro 1 – Organização dos serviços de saúde pública do Haiti

Nível de atenção à saúde	Serviços	
Primário	Subnível 1	Centros Comunitários de Saúde – nível comunitário Equipes de Saúde da Família (1 médico, 2 enfermeiros, 4 auxiliares de enfermagem) Agentes Comunitários de Saúde Polivalentes
	Subnível 2	Centros de saúde – nível municipal
	Subnível 3	Hospitais Comunitários de Referência – nível distrital
Secundário	Hospitais departamentais – nível departamental	
Terciário	Instituições hospitalares universitárias e especializadas	

Fonte: Elaboração própria, a partir de HAITI (2016).

Apesar das previsões legais e normativas, o acesso aos serviços de saúde é limitado. Em sua prática, os serviços de saúde haitianos são oferecidos pelo setor público (MSPP e Ministério da Assistência Social); pelo setor privado com fins lucrativos; pelo setor misto, sem fins lucrativos – instituições privadas ou entidades religiosas; pelo setor privado sem fins lucrativos – organizações não governamentais (ONGs), fundações, associações; e pelo sistema de saúde tradicional (HAITI, 2016a; MISOCZKY et al., 2015). Contudo, 40% da população têm acesso apenas à saúde tradicional. Como informa o documento *Organisation des soins de santé communautaire* (HAITI, 2016a, p.2, tradução nossa), na prática, a situação da saúde pública no país revela que

a maioria das famílias está em situação de saúde precária; e o fornecimento de serviços de saúde, essencialmente curativos, de qualidade insuficiente, descontínuos e fragmentados, cobre apenas 60% da população e não está adaptado às necessidades da população [...] A organização dos serviços baseia-se em programas verticais e em hospitais (departamentais e comunitários de referência). Recursos humanos, inadequados e irregularmente distribuídos, foram treinados em correspondência com este regime e, portanto, o desempenho não satisfaz as reais necessidades de saúde da população.

A dificuldade de recursos financeiros, humanos, de infraestrutura e de cobertura de serviços que o MSPP enfrenta leva, ainda, à necessidade de contar com o apoio de ONGs e parceiros internacionais para a oferta de serviços de saúde. Essas entidades nem sempre se submetem à coordenação do Estado para maximizar a cobertura e o acesso a serviços no país. Como notam Meneghel et al. (2016), há, também, dificuldades para a produção de informações em saúde e para a vigilância epidemiológica, pois muitos desses atores e organizações desenvolvem suas atividades em bases de dados próprias e não necessariamente as compartilham com a autoridade sanitária haitiana.

Outro desafio do sistema de saúde haitiano é que os serviços de saúde públicos cobram dos usuários pagamento para a maior parte dos procedimentos. Ainda que dita “simbólica”, que haja gratuidade em programas como vacinação, HIV/aids e malária, que a cobrança represente apenas 10% dos custos de um atendimento e que, em caso de comprovada incapacidade de pagamento, o usuário seja isentado da taxa, a cobrança é uma barreira de acesso aos cuidados de saúde, dada a condição de pobreza da população (BORDIN; MISOCZKY, In: MISOCZKY et al., 2015).

3 Cooperação do Ministério da Saúde brasileiro com o Haiti

Desde 2004, o Ministério da Saúde é um dos principais atores da cooperação brasileira para o desenvolvimento no Haiti. Assim como o Haiti, que garantiu a saúde pública como direito do cidadão e dever do Estado com a Constituição de 1987, no Brasil, esses aspectos foram garantidos em 1988, com a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) – um sistema universal de atenção à saúde, constituído após ampla mobilização social capitaneada pelo movimento de reforma sanitária, e que, ao contrário do sistema haitiano, garante o acesso a toda a população, com gratuidade e orientado pela integralidade das ações. A regulamentação e as ações e políticas adotadas para a implantação do SUS, a partir de 1988, foram passos importantes e decisivos para a institucionalização de um sistema de saúde universal e público. Como notam Pires-Alves et al. (2012, p. 444), “de um ponto de vista internacional, as conquistas da reforma sanitária brasileira, ainda que parciais, fazem do sistema de saúde do Brasil uma experiência ímpar, sobretudo no contexto latino-americano”, fazendo que haja grande respeitabilidade e interesse pelo compartilhamento de experiências com o Ministério da Saúde do Brasil.

As atividades e os projetos de cooperação internacional que serão apresentados nesta seção tiveram foco no desenvolvimento do sistema de saúde pública e no fortalecimento do Estado como promotor do desenvolvimento social. Além disso, estiveram em sintonia com os princípios da cooperação técnica para o desenvolvimento internacional preconizados pela Agência Brasileira de Cooperação (ABC), centrados no desenvolvimento de capacidades estatais, reforçando a autonomia local para o desenho e implementação conjunta de soluções endógenas para os desafios do desenvolvimento, a partir do compartilhamento de experiências e do enfrentamento de desafios semelhantes (BRASIL, 2013).

A Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA) esteve envolvida diretamente com os projetos listados nesta seção, e sua atuação revelou-se estratégica para a concretização da cooperação em saúde no Haiti. Suas atividades envolveram a negociação e a articulação dos projetos, a identificação de parceiros nacionais e internacionais, a aprovação e a elaboração dos projetos, o acompanhamento de sua implementação pe-

las instituições parceiras – ou mesmo por outros departamentos e entidades vinculadas do Ministério da Saúde – ou, ainda, o financiamento de atividades. Por deter conhecimento e expertise em projetos internacionais, a AISA assumiu importante papel de coordenadora de várias atividades ocorridas, facilitando a execução dos projetos listados. A AISA, representando o Ministério da Saúde, também manteve constante diálogo com a ABC e o Ministério das Relações Exteriores (MRE), parceiros fundamentais das atividades e dos projetos aqui identificados. Entende-se que as atividades e projetos aqui listados trouxeram visibilidade positiva ao Ministério da Saúde e às conquistas do SUS e proporcionaram aprendizados valiosos para o sistema de saúde brasileiro.

Ainda no campo da saúde, outras instituições desenvolveram atividades e projetos de cooperação técnica internacional com o Haiti sem envolvimento direto do Ministério da Saúde. A ABC, por exemplo, coordenou projetos que tiveram como contrapartes brasileiras entidades como o Hospital Sírio-Libanês, para palestras de higiene e formação de multiplicadores de educação em saúde no contexto do combate ao cólera, e a Pastoral da Criança, para apoiar iniciativas de proteção à criança (BRASIL, [2017]b). Além disso, no âmbito da MINUSTAH, militares profissionais de saúde brasileiros atuaram em centros médicos e odontológicos haitianos ou em instalações de campanha, com o intuito de aproximar os militares da população local, criar laços de confiança e cuidar da saúde da população, bem como apoiar a resposta humanitária em tragédias como furacões e o terremoto de 2010 (PERDIGÃO; IPOLITO, 2017).

3.1 Atividades e projetos entre 2004 e 2009

O período de 2004 a 2009 esteve marcado por projetos de cooperação técnica trilaterais em que o Brasil compartilhou conhecimentos técnicos com o Haiti, apoiado técnica e financeiramente por países desenvolvidos ou organismos internacionais. Os projetos tiveram foco no fortalecimento da vacinação e do aleitamento materno, na constituição de banco de leite humano e no combate à violência baseada em gênero. Nota-se ativismo da Presidência da República do Brasil no engajamento dos projetos de saúde listados abaixo.

Missão multidisciplinar para identificação de áreas de cooperação

Por ocasião do início do mandato da MINUSTAH, em julho de 2004, na Conferência de Doadores para o Haiti, realizada em Washington, o Brasil comprometeu-se a contribuir com projetos de cooperação técnica no Haiti e a mobilizar doadores para apoiar a realização dessas atividades (VALLER FILHO, 2007).

Em 18 de agosto de 2004, em visita ao Haiti, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva emitiu declaração conjunta com o primeiro-ministro haitiano, Gérard Latortue,

em que anunciaram a chegada de missão multidisciplinar, na semana seguinte, para a identificação de áreas em que o país poderia desenvolver projetos de cooperação.

A missão multidisciplinar teve a participação de técnicos especialistas em saúde do Ministério da Saúde, além de especialistas nas áreas de saneamento, agricultura, justiça, defesa civil, infraestrutura, educação, esportes e desenvolvimento social (BRASIL, 2005b). Identificou-se a possibilidade de atuação em programa de vacinação em massa ou capacitação no combate à malária e tuberculose – o que, posteriormente, acabou levando ao projeto de aprimoramento do Programa Haitiano de Imunizações, em parceria com o Canadá (VALLER FILHO, 2007).

Aprimoramento do Programa Haitiano de Imunizações

Em novembro de 2004, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva e o primeiro-ministro canadense, Paul Martin, por ocasião de sua visita ao Brasil, emitiram comunicado conjunto em que se demonstraram dispostos a cooperar conjuntamente em prol de um terceiro país, o Haiti (BRASIL, 2004d, p. 454):

Dando continuidade à cooperação que o Brasil e o Canadá vêm prestando ao Haiti, os dois mandatários decidiram enviar àquele país, com urgência, uma missão conjunta de cooperação técnica na área de saúde pública e determinaram que fossem examinadas outras áreas de parceria conjunta com o Haiti.

Segundo a ABC, cooperar com um país desenvolvido em benefício de um terceiro país, em desenvolvimento, era, até então, uma experiência inédita para a cooperação técnica brasileira para o desenvolvimento (BRASIL, 2005b).

Em fevereiro de 2005, houve missão com especialistas de ambos os países ao Haiti para prospecção junto às autoridades haitianas de projeto a ser desenvolvido trilateralmente. A missão identificou como áreas prioritárias a organização do sistema de saúde, a vigilância epidemiológica, a imunização e a engenharia sanitária. Ao final da missão, especialistas dos três países elaboraram proposta de plano de trabalho para apoio ao programa de vacinação haitiano, com algumas atividades de engenharia sanitária e de organização do sistema de saúde (BRASIL, 2005b). Em julho do mesmo ano, missão com técnicos da área de imunização do Ministério da Saúde brasileiro foi ao Haiti com o objetivo de apresentar proposta de cooperação técnica, com ênfase em capacitação de pessoal, reestruturação da cadeia de frio⁶ e implantação de sistema de informação

⁶ Conforme o Manual de Rede de Frio (BRASIL, 2001, p. 11), “a Rede de Frio ou Cadeia de Frio é o processo de armazenamento, conservação, manipulação, distribuição e transporte [de] imunobiológicos (...) e deve ter as condições adequadas de refrigeração, desde o laboratório produtor até o momento em que a vacina é administrada. O objetivo final da Rede de Frio é assegurar que todos os imunobiológicos administrados mantenham suas caracte-

para gestão de vacinas e insumos, além de apoio à vacinação em massa em hepatite B e rubéola. A missão teve encontros com técnicos do governo haitiano e da Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional (CIDA), além de ter realizado visita a unidades de saúde (BRASIL, 2005a).

Em maio de 2006, em reunião internacional realizada em Brasília para concertação dos trabalhos de países e organismos internacionais em atuação no Haiti, Brasil, Canadá e Haiti celebraram acordos para viabilizar a celebração de projeto trilateral (VALLER FILHO, 2007). Do lado brasileiro, foi firmado com o Canadá o “Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica entre o Brasil e o Canadá para Implementar o Projeto ‘Aprimoramento do Programa Haitiano de Imunizações’” e com o Haiti, o “Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica entre o Brasil e o Haiti para Implementar o Projeto ‘Aprimoramento do Programa Haitiano de Imunizações’” (BRASIL; CANADÁ, 2006; BRASIL; HAITI, 2006).

O documento de projeto entre as três partes foi assinado em abril de 2007, com orçamento de US\$ 2,1 milhões, sendo aproximadamente US\$ 700 mil do Brasil⁷. O lado canadense custeou parte das diárias e passagens de técnicos e realizou a maior parte das aquisições e atividades logísticas do projeto, além da aquisição e doação de 425 mil doses de vacina contra a rubéola. O Haiti ofereceu recursos humanos e instalações para apoio à realização do projeto. Um comitê técnico de gestão do projeto, com participantes dos três lados, reuniu-se periodicamente para acompanhar o andamento das atividades até o encerramento do projeto, em dezembro de 2008.

Como atividades, o Brasil promoveu intercâmbio de experiências – com a vinda de equipe com cinco haitianos para conhecer o Programa Nacional de Imunização brasileiro, em julho de 2008, e com a presença de pontos focais brasileiros de apoio técnico no Haiti, entre outubro de 2007 e dezembro de 2008, sendo de forma ininterrupta entre maio e dezembro de 2008 –, capacitação em cadeia de frio, apoio ao desenvolvimento de campanhas de vacinação e de sistema de informação, bem como apoio à elaboração de manuais para salas de vacinação e especificações técnicas para o Programa e capacitação de 11 multiplicadores e 42 auxiliares de enfermagem. O lado canadense assumiu a maior parte das atividades logísticas do projeto, e foram adquiridos computadores para a implantação de sistemas de informação e termômetros, refrigeradores e congeladores para a melhoria da capacidade de armazenamento e controle da cadeia de frio.

rísticas iniciais, a fim de conferir imunidade, haja vista que são produtos termolábeis, isto é, se deterioram depois de determinado tempo quando expostos a variações de temperaturas inadequadas à sua conservação. O calor acelera a inativação dos componentes imunogênicos”.

⁷ Foram US\$ 650 mil da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, para horas técnicas de servidores, diárias e passagens, apoio ao desenvolvimento de sistema de informações e aquisição e doação de 1,2 milhão de doses de vacina contra a hepatite B, para campanha de vacinação em massa; e US\$ 32 mil da ABC, para diárias e passagens e elaboração de manuais e materiais didáticos.

Banco de leite humano

Em dezembro de 2008, a primeira-dama francesa, Carla Bruni Sarkozy, em visita ao Rio de Janeiro, conheceu o banco de leite humano do Instituto Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Na ocasião, a Fiocruz propôs ação conjunta entre Brasil, França e Haiti para a criação de um banco de leite humano no Haiti, atendendo a demanda haitiana (BRASIL, 2008a).

Em julho de 2009, houve missão técnica do Ministério da Saúde e da Fiocruz ao Haiti, para realizar diagnóstico técnico em instituições indicadas pelo governo haitiano, com vistas a desenvolvimento de projeto de cooperação para implantação de bancos de leite humano no país, em parceria triangular entre Brasil, França e Haiti (BRASIL, [2012]).

Em 7 de setembro do mesmo ano, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva e o presidente da França, Nicolas Sarkozy, que estava em visita ao Brasil, emitiram declaração conjunta sobre projeto de criação de banco de leite humano no Haiti, em parceria da ABC e da Agência Francesa de Desenvolvimento (AFD) em prol do Haiti. No dia 18 do mesmo mês, em visita ao Haiti, o ministro das Relações Exteriores Celso Amorim e o ministro dos Negócios Estrangeiros da França, Bernard Kouchner, assinaram, em Porto Príncipe, declaração de intenções relativa à instalação de banco de leite materno no Haiti (BRASIL, 2009).

O terremoto de janeiro de 2010 foi um empecilho à continuidade das ações em curso, pois a grande destruição causada acabou por deslocar as prioridades do governo haitiano para a reconstrução de seu sistema de saúde. Ainda assim, em setembro de 2010, foi assinado o “Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República do Haiti para Implementação do Projeto ‘Apoio à Implantação de Banco de Leite Humano no Haiti’” (BRASIL; HAITI, 2010).

Em junho de 2011, houve missão técnica do Ministério da Saúde e da Fiocruz ao Haiti, para elaborar projeto para instalação de um banco de leite humano em hospital universitário (BRASIL, 2011b). A missão promoveu a troca de experiências, mas o projeto de estruturação de banco de leite humano não teve continuidade.

Combate à violência contra as mulheres no Haiti

Em 2005, a ABC realizou missão para identificar possibilidades de firmar projeto para apoiar a questão da violência de gênero no Haiti. Em maio de 2008, Brasil e Haiti firmaram o “Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre o Brasil e o Haiti para Implementação do Projeto ‘Combate à Violência contra as Mulheres no Haiti’” (BRASIL; HAITI, 2008). O projeto, firmado também em

2008, em parceria com o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA, sigla em inglês), a OXFAM e o Haiti, por meio do Ministério da Condição Feminina, teve a proposta de apoiar o tratamento das mulheres vítimas de violência, o fortalecimento dos serviços de atendimento e de assessoria jurídica e médica e a implantação de delegacias-piloto para a mulher no país (BRASIL, 2008b).

Do lado brasileiro, participaram a ABC, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República e o Ministério da Saúde. No campo da saúde, houve intercâmbio de experiências e, para fortalecer a rede operacional de atendimento e de referência para as mulheres vítimas de violência, houve o treinamento de mais de 70 profissionais de saúde do Haiti (UNFPA, 2011).

Cooperação humanitária

No âmbito da cooperação humanitária⁸, entre 2006 e 2009, houve a doação de 2,1 milhões de doses de vacina antirrábica, canina e humana, para apoio ao programa de erradicação da raiva no Haiti. Em 2007 e 2008, em apoio à resposta a furacões, houve a doação de 1,8 tonelada de medicamentos de farmácia básica, além de medicamentos antifúngicos, diuréticos e de combate à malária e à tuberculose.

3.2 Cooperação Tripartite Brasil-Cuba-Haiti (2010)

Em 12 de janeiro de 2010, um terremoto causou grande destruição ao Haiti, com mais de 200 mil pessoas mortas, um milhão de desabrigadas e 300 mil prédios destruídos – em um país com uma população então estimada em dez milhões de habitantes (HAITI, 2009). Bordin e Misoczky (MISOCZKY et al., 2015, p. 38) apontam que o terremoto de 2010 gerou, entre outras situações, os seguintes impactos e repercussões para a área da saúde:

[...] nos três departamentos afetados, 60% dos hospitais foram gravemente danificados ou destruídos; [... houve] 10.000 pessoas com deficiências diversas, mais de 4 mil amputações realizadas, 400 tetraplégicos e um grande número de pessoas com problemas de saúde mental no pós-terremoto; desestruturação econômica e destruição da infraestrutura e dos equipamentos públicos [...]; redução na oferta dos serviços de saúde, pela destruição da capacidade instalada ou diminuição do número total de profissionais de saúde (feridos em consequência do sismo ou por êxodo), levando a uma desorganização plena dos serviços de saúde pública; piora da já pequena capacidade de gestão do

⁸ O artigo “Cooperação humanitária em saúde”, de Raquel Machado e Tatiane Alcântara, constante neste livro, detalha o mecanismo de doação de medicamentos, insumos e vacinas do Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde, seja na coordenação, infraestrutura, equipamentos ou recursos humanos.

Em resposta a essa situação, para fortalecer seu sistema de saúde, o governo haitiano optou por duas estratégias: a de atendimento emergencial à população afetada pelo terremoto e a de reconstruir e reestruturar o sistema nacional de saúde, por meio do incremento de cobertura dos serviços de saúde.

Imediatamente após o terremoto, o governo brasileiro criou um Gabinete de Segurança de Crise, coordenado pelo Gabinete de Segurança Institucional, com a participação da Casa Civil da Presidência da República, dos Ministérios da Defesa, do Planejamento, das Relações Exteriores e da Saúde, e da Defesa Civil. O Gabinete avaliou as ações emergenciais e determinou o envio de ajuda financeira ao Haiti para apoiá-lo em sua estratégia de reconstrução, bem como solicitou ao Ministério da Saúde o envio de uma missão de avaliação de risco epidemiológico e a criação de um grupo de trabalho para definição do escopo do apoio ao país no campo da saúde.

O Gabinete de Segurança de Crise coordenou a liberação, em 27 de janeiro de 2010, por meio da Medida Provisória nº 480 – posteriormente convertida na Lei nº 12.239, de 19 de maio de 2010 –, de R\$ 375 milhões de crédito extraordinário para o Haiti, sendo R\$ 135 milhões para o Ministério da Saúde (MS) desenvolver ações emergenciais e projetos de cooperação técnica para o fortalecimento do Ministério da Saúde Pública e da População (MSPP) haitiano. Além disso, foram destinados R\$ 205 milhões ao Ministério da Defesa e R\$ 35 milhões para o Ministério das Relações Exteriores (BRASIL, 2010). A forma de distribuição dos recursos evidencia a priorização conferida pelo governo brasileiro à saúde nas atividades de apoio à reconstrução do Haiti. Há, também, uma peculiaridade que merece ser evidenciada no projeto em questão, que é o fato de o recurso ter sido destacado diretamente ao MS – e não por meio da ABC, como costuma ocorrer no fluxo de cooperação técnica –, em função da emergência.

No contexto da resposta emergencial ao terremoto, o MS articulou-se com organismos internacionais como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) e outras agências da ONU em atuação na resposta ao desastre, como o Escritório das Nações Unidas para a Coordenação de Assuntos Humanitários (OCHA, na sigla em inglês), que coordenou a resposta emergencial, e as forças tarefas de outros países. Além da missão para avaliar o risco epidemiológico, o MS organizou um cadastro de voluntários⁹ para ajuda humanitária no campo da saúde e enviou a doação de 400 toneladas de medicamentos¹⁰. Um grupo de médicos e enfermeiros brasileiros, do Grupo Hospitalar Conceição, vinculado ao MS, e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Ceará, atuou em um navio-hospital italiano por cerca de um mês no atendi-

⁹ O Disque Saúde incluiu a “opção 7” na Unidade de Resposta Auditável, com mensagem eletrônica informando sobre a catástrofe e abrindo espaço para a oferta de doações ou do cadastramento de profissionais de saúde voluntários.

¹⁰ Doações do Ministério da Saúde e outras instituições ou de voluntários.

to de saúde emergencial à população. Dois técnicos da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), vinculada ao MS, também se deslocaram ao país para apoiar a garantia de qualidade da água no contexto da resposta brasileira ao terremoto, bem como treinar o batalhão brasileiro em atividade no Haiti na instalação de equipamentos para tratamento de água (OLIVEIRA JUNIOR et al., 2011).

Para a estratégia de reestruturação do sistema de saúde, o governo haitiano definiu como áreas prioritárias (MISOCZKY et al., 2015, p. 27):

(a) a definição do modelo a implementar; (b) fortalecimento da liderança do Ministério da Saúde sobre os componentes do sistema de saúde e das funções essenciais da saúde pública; (c) investimento maciço em recursos humanos; e (d) fortalecimento da logística em transporte, comunicações e materiais e medicamentos essenciais.

Visando a apoiar a estratégia haitiana de reestruturação do sistema de saúde, o MS coordenou um dos maiores projetos de cooperação técnica internacional da história da cooperação brasileira em volume de recursos. Por sugestão haitiana, o projeto se deu em parceria trilateral entre os Ministérios da Saúde do Brasil, de Cuba e do Haiti, considerando que Cuba já vinha atuando há mais de dez anos no país¹¹ por meio de sua Brigada Médica, com cerca de 700 especialistas e técnicos de saúde financiados pelo governo cubano. Além disso, havia outras proximidades entre Brasil e Cuba, como as reconhecidas experiências e técnicas na área da saúde e o compartilhamento da concepção de universalidade dos sistemas de saúde.

Em 27 de março de 2010, os ministros da saúde dos três países, José Gomes Temporão, José Balaguer Cabrera e Alex Larsen, e o presidente da república haitiano, René Préval, firmaram o Memorando de Entendimento Brasil-Cuba-Haiti para o “fortalecimento do sistema e dos serviços públicos de saúde e de vigilância epidemiológica no Haiti”, que estabeleceu a “Cooperação Tripartite Brasil-Cuba-Haiti”. Com o entendimento, cada país assumiu os seguintes compromissos:

- Brasil: apoiar a recuperação e construção de unidades hospitalares; contribuir para a aquisição de equipamentos, ambulâncias e insumos de saúde; viabilizar bolsas de estudo para capacitar profissionais de saúde haitianos; apoiar a qualificação da gestão assistencial e de vigilância epidemiológica no Haiti; e apoiar medidas de fortalecimento do sistema de atenção básica do Haiti.

¹¹ Em 1998, após a passagem do furacão Georges no Haiti, Cuba retomou as relações diplomáticas com o país – depois de 36 anos de ruptura iniciada na ditadura Duvalier – e enviou médicos e outros profissionais de saúde para atuar no país para apoio à assistência à saúde da população haitiana, mantendo-os em atividade até os dias atuais (KASTRUP et al, 2017).

- Cuba: dar apoio e assessorar a logística das operações; colaborar com a disponibilização de profissionais de saúde e de apoio; e apoiar a formação dos profissionais de saúde haitianos.
- Haiti: identificar áreas para a instalação das unidades de saúde; identificar unidades de saúde a serem reformadas; apoiar a identificação da logística; fornecer segurança às unidades de saúde; identificar os profissionais de saúde a serem qualificados; identificar jovens secundaristas para serem formados na área técnica de saúde; e responsabilizar-se pela totalidade do salário do pessoal haitiano que trabalhará nas instalações contempladas no Memorando.

O Memorando estabeleceu um Comitê Gestor Tripartite, instância de diálogo e deliberação entre os coordenadores das atividades de cada um dos países. O Comitê vem mantendo reuniões periódicas trimestrais e segue em atividade¹². Ele foi responsável pela harmonização de propostas e pela solução de desafios verificados ao longo do projeto, bem como fortaleceu o papel de coordenação do MSPP. Também foi no Comitê Gestor que as atividades do projeto foram definidas ao longo de sua execução – a título de exemplo, o projeto “BRA/10/005 – Projeto de cooperação Sul-Sul de fortalecimento da autoridade sanitária do Haiti”, instrumento por meio do qual o Brasil executa a maior parte de seus compromissos, só foi assinado em novembro de 2010, após quatro reuniões deliberativas do Comitê Gestor.

Diferentemente dos acordos trilaterais anteriores a 2010 no âmbito dos quais o Ministério da Saúde realizou atividades no Haiti, no projeto em questão o MS assumiu, além do apoio técnico, o papel de maior aporte de recursos, inclusive para questões logísticas, construções e reformas. O funcionamento da parceria entre os três países se deu por meio dos compromissos individuais que cada um assumiu, com sua execução concertada no Comitê Gestor, em que os três países discutem igualmente as questões técnicas e políticas do projeto.

Além do Comitê Gestor, foram estabelecidos Grupos de Trabalho técnicos, envolvendo atores dos três países, conforme temas específicos e definidos como prioritários para a execução do projeto – assistência à saúde, reabilitação de deficiências físicas, urgência e emergência, formação de recursos humanos em saúde, vigilância epidemiológica e imunização, organização da rede de serviços, saúde mental e comunicação em saúde¹³. Houve intenso intercâmbio técnico e troca de experiências entre os três países, e foram elaborados diagnósticos do sistema de saúde haitiano, de seu funcionamento, dos recursos humanos necessários, da atenção primária, da vigilância epidemiológica da saúde mental, entre outros temas.

¹² Em junho de 2018, houve a XXXV Reunião do Comitê Gestor Tripartite.

¹³ Para mais informações, consultar BRASIL (2014b) e outras publicações aqui referenciadas.

Para honrar os compromissos assumidos no Memorando de Entendimento, o Brasil desenvolveu ações “tendo por princípio fundamental o fortalecimento da autoridade sanitária do Haiti, [...] com] foco no fortalecimento institucional para a reestruturação do sistema de saúde haitiano” (BRASIL, 2014b) envolvendo instituições nacionais com vasta experiência nos campos de trabalho acordados. Do lado haitiano, cooperou o MSP, e, do lado cubano, a Brigada Médica Cubana.

No Brasil, o Ministério da Saúde é o coordenador e responsável pelo financiamento e pela execução do projeto, em parceria com a ABC, que acompanha o cumprimento dos objetivos, das metas e dos resultados acordados. A coordenação do projeto, inicialmente realizada pela AISA, é atualmente do Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID), da Secretaria-Executiva do MS.

Participaram, também, por meio de convênio, as seguintes instituições de ensino e pesquisa: a Fiocruz, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Além disso, houve parcerias com os seguintes organismos internacionais para execução das atividades: o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a OPAS/OMS e o Escritório das Nações Unidas de Serviços para Projetos (UNOPS).

O Convênio com a Fiocruz envolveu atividades de capacitação em atenção à saúde, vigilância em saúde, formação geral na educação profissional, comunicação em saúde, além de técnicas laboratoriais, processos de trabalho, tecnologias educacionais e manutenção de equipamentos em saúde. O convênio com a UFRGS encarregou-se de desenvolver processos e atividades para fortalecer a organização da rede de serviços de saúde no Haiti. Com a UFSC, o convênio previu apoio para a formação em atenção primária e para a formação dos agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem e inspetores sanitários. A atuação técnica dessas instituições foi coordenada, no MS, por suas secretarias, conforme a área de atuação.

Com o PNUD, foi firmado o “BRA/10/005 – Projeto de cooperação Sul-Sul de fortalecimento da autoridade sanitária do Haiti”, que foi responsável pelas construções e reformas realizadas, pelas aquisições de ambulâncias, veículos, equipamentos e insumos, pela manutenção dos Hospitais Comunitários de Referência (HCR) e pelo apoio logístico para as formações realizadas. No BRA/10/005, acabaram sendo incluídos dois parceiros: o PNUD transferiu algumas atividades, por meio de Carta-Acordo, para o Escritório das Nações Unidas de Serviços para Projetos (UNOPS), que implementou as estruturas físicas do projeto e acompanha a manutenção dos HCR; e para a OPAS/OMS, que apoiou a execução das atividades de aquisição e distribuição de insumos médicos e medicamentos com o seu Programa de Medicamentos Essenciais (PROMESS). Também foi firmado, em 2014, o “Plano de manutenção dos Hospitais Comunitários de Referência”, complementar ao BRA/10/005, para alocação dos recursos remanescentes da Lei nº 12.239, de 19 de maio de 2010, para a manutenção dos HCR.

Diretamente com a OPAS/OMS, também houve termo de cooperação para apoiar as atividades de organização do sistema e dos serviços de saúde, do programa de formação e qualificação de agentes comunitários de saúde e outros profissionais de saúde e do programa haitiano de imunização e vigilância epidemiológica, em atividades como o apoio técnico e logístico para a semana da vacinação de 2012, a seleção e treinamento de profissionais para a força-tarefa de doenças imunopreveníveis, o apoio à elaboração e ao lançamento do plano de contingência do cólera e a facilitação do planejamento estratégico das atividades da cooperação (MISOCZKY et al., 2015).

O quadro a seguir sintetiza os principais projetos executados pelo Brasil no âmbito da Cooperação Tripartite Brasil-Cuba-Haiti, indicando-se os parceiros, o objeto e o valor total em reais.

Quadro 2 – Projetos estabelecidos pelo Ministério da Saúde com os recursos oriundos da Lei nº 12.239, de 19 de maio de 2010, destinados à Cooperação Tripartite Brasil-Cuba-Haiti, conforme parceria, objeto e valor total

Parceiro e termo de parceria	Objeto do projeto	Valor total (R\$)
Documento de projeto com o PNUD (parcerias com o UNOPS e a OPAS)	BRA/10/005 – Projeto de cooperação Sul-Sul de fortalecimento da autoridade sanitária do Haiti	92.727.366,00
Documento de projeto com o PNUD (parcerias com o UNOPS e a OPAS)	Sustentabilidade do BRA/10/005 – Plano de manutenção dos Hospitais Comunitários de Referência	12.507.358,06
Termo de Cooperação com a OPAS	Fortalecimento da Vigilância Epidemiológica e Apoio ao Programa Ampliado de Vacinação do Haiti	10.044.540,00
Convênio com a UFSC	Formação de Recursos Humanos na Atenção Primária à Saúde	6.500.000,00
Convênio com a Fiocruz	Desenvolvimento de atividades nas áreas de epidemiologia, imunização e informação e comunicação em saúde	5.750.000,00
Termos de cooperação com a OPAS	Apoio ao Programa Ampliado de Vacinação do Haiti	4.180.743,71
Convênio com a UFRGS	Gestão e organização de serviços em Saúde no Haiti e Elaboração de Protocolos de Gestão Assistencial	2.015.600,00
Aquisições diretas pelo MS	Aquisição de insumos e medicamentos	924.946,57

Fonte: DESID/SE/MS, maio/2017.

Obs.: Nos valores totais, há variações em função da flutuação cambial ao longo do período. Todos os projetos estão concluídos, exceto os projetos em parceria com o PNUD, que têm previsão de conclusão em julho de 2018, conforme Revisão Substantiva 6 do BRA/10/005 (BRASIL, 2016).

Dado o porte do projeto em questão, é arriscado levantar todas as atividades e resultados em um artigo como o presente. Para maior aprofundamento, remete-se a

estudos existentes para: informações gerais da cooperação tripartite e memória de reuniões do Comitê Gestor Tripartite (BRASIL, 2011a, 2012b, 2014b); apoio à formação de redes de serviços de saúde (MISOCZKY et al., 2015); comunicação em saúde (GOMES; OLIVEIRA, 2015); relação da Cooperação Tripartite com a política externa brasileira e o ativismo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (REGINA, 2016); atividades de formação em vigilância epidemiológica (MENEGHEL et al., 2016); abordagem etnográfica das práticas e perspectivas dos agentes envolvidos com o programa (ESTEVES, 2016); formação de recursos humanos em saúde (KASTRUP et al., 2017); atuação brasileira na saúde haitiana como forma de política externa (PERDIGÃO; IPOLITO, 2017); e fortalecimento de capacidades estatais, projeto BRA/10/005 e seu complementar Plano de Manutenção dos Hospitais Comunitários de Referência (LUZ, 2018).

Na sequência, são apresentadas as principais atividades realizadas, com ênfase nas entregas realizadas e comumente divulgadas pelo Ministério da Saúde em seus textos institucionais sobre a Cooperação Tripartite.

Recursos humanos em saúde

Houve grande esforço de formação de recursos humanos em saúde, como demandado pelo governo haitiano e previsto no grupo de trabalho sobre o tema. Foram formados 1.237 agentes comunitários de saúde polivalentes¹⁴, 310 auxiliares de enfermagem polivalentes e 53 inspetores sanitários. Houve, também, a realização de capacitações ou cursos em outras áreas, como epidemiologia de doenças não imunopreveníveis (malária, dengue e HIV); gestão de recursos físicos e tecnológicos na área da saúde; produção de material audiovisual para promoção da saúde; treinamento de jornalistas sobre a saúde; capacitações para a implementação de dois laboratórios regionais de saúde pública no Haiti, entre outros.

¹⁴ Entrevistas realizadas com interlocutores haitianos informaram que os agentes comunitários de saúde já eram figura existente na saúde comunitária haitiana desde a década de 1980 – então de maneira esparsa, por influência da Conferência de Alma-Ata de 1978. A cooperação tripartite Brasil-Cuba-Haiti foi oportunidade para fortalecer essa política: o atual currículo nacional de formação de agentes comunitários de saúde é majoritariamente inspirado naquele proposto pela cooperação; a grandiosidade da ação também conferiu peso à política de saúde comunitária no MSPP; e, finalmente, a ação foi oportunidade para a definição das funções dos profissionais da equipe de saúde da família (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde), o que até então era difuso e pouco determinado em âmbito de política nacional. Além disso, a relação dos agentes com a comunidade tem revelado uma demanda social e uma necessidade constante de institucionalizar a participação da comunidade nas unidades de saúde e, segundo os interlocutores, o MSPP estuda como implementar uma política de participação social (LUZ, 2018).

Apoio à reestruturação do sistema de saúde

Foram construídos e equipados três Hospitais Comunitários de Referência (HCR) na região metropolitana de Porto Príncipe, em Bon Repos, Beudet e Carrefour¹⁵, inspirados no modelo das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h brasileiras, ampliadas para outros atendimentos relacionados ao serviço de HCR no Haiti. Além disso, em Bon Repos, foram construídos o Instituto Haitiano de Reabilitação e a Oficina de Órteses e Próteses¹⁶.

Os HCR foram inaugurados em maio de 2014, em cerimônia com a presença do ministro da Saúde brasileiro, Arthur Chioro. A partir de então, o Ministério da Saúde previu, por meio do projeto BRA/10/005 e de seu projeto complementar “Plano de manutenção dos Hospitais Comunitários de Referência”, a manutenção e o custeio de algumas atividades dos hospitais construídos, como a contratação de médicos e profissionais de saúde locais, o fornecimento de gás propano para manutenção dos geradores de energia elétrica, o fornecimento regular de bens de consumo e serviços, atividades globais de manutenção e capacitações (BRASIL, 2014b; MISOCZKY et. al, 2015). Atualmente, os três hospitais estão integrados ao sistema público de saúde haitiano, sendo reconhecidos como modelo de organização de serviços – o MSPP cogita, inclusive, transformá-los em campo de prática para a formação universitária de profissões de saúde (LUZ, 2018).

O Instituto Haitiano de Reabilitação¹⁷ foi a primeira e é a maior estrutura pública do país a trabalhar com pessoas com deficiência e tem servido de modelo para irradiar a reabilitação de pessoas com deficiência. O Relatório da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) sobre as deficiências físicas no Haiti (VALENCIA, 2015), por exemplo, destaca a inovação e a importância dessa estrutura para a saúde da pessoa com deficiência no país.

¹⁵ Bon Repos e Beudet são hospitais novos, construídos em regiões que tiveram adensamento demográfico após 2010 em função das migrações para a periferia de Porto Príncipe após o terremoto. O Hospital de Carrefour foi reconstruído no local em que um hospital anterior foi destruído pelo terremoto.

¹⁶ Sua concepção teve o apoio do Grupo Técnico de Reabilitação para as atividades relacionadas à construção, implantação e funcionamento do Instituto e da Oficina, que contou com a parceria entre a Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SDH/PR) e do Instituto de Responsabilidade Social do Hospital Albert Einstein, em projetos coordenados pela ABC.

¹⁷ Em setembro de 2010, foi firmado o “Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República do Haiti para Implementação do Projeto ‘Instituto Haiti-Brasil de Reabilitação de Pessoas com Deficiência’”. A implementação do Instituto, que inicialmente foi um projeto da ABC, acabou sendo incorporado às atividades da Cooperação Tripartite.

Vigilância epidemiológica e imunização

A área de vigilância epidemiológica foi reforçada com o intercâmbio de experiências, a formação de especialistas e o apoio técnico, operacional, financeiro e material. O Brasil apoiou a reconstrução de dois laboratórios especializados em vigilância epidemiológica, em Cabo Haitiano e Les Cayes, por meio da reforma das instalações físicas e da aquisição de equipamentos. Os laboratórios permitem a realização de exames de vigilância epidemiológica, de vigilância da qualidade da água e de vigilância de fatores ambientais biológicos (vetores, hospedeiros, reservatórios e animais peçonhentos). Houve, também, intercâmbio de experiências e capacitação em epidemiologia e a formação de 53 inspetores sanitários, como citado anteriormente.

Foram realizadas atividades no campo da comunicação em saúde, para apoio e divulgação de campanhas e para conscientização e educação sanitária da população. Essa atividade envolveu, também, parceria com as rádios comunitárias locais na difusão de informação.

O MS também apoiou o Programa Ampliado de Vacinação haitiano, contribuindo para a imunização de três milhões de crianças em campanha de vacinação oral contra poliomielite (crianças de 0 a 9 anos) e vacina dupla viral contra sarampo e rubéola (crianças de 9 meses a 9 anos).

Além disso, houve a construção de três depósitos para armazenamento de vacinas, o apoio à manutenção de refrigeradores para conservação de vacinas (com a instalação de painéis de energia solar e a aquisição de gás propano para geradores elétricos) e a aquisição de três caminhões com sistema refrigerado para transporte de vacinas. Até então, o armazenamento de medicamentos, vacinas e insumos no país era feito essencialmente pela OPAS/OMS em seu depósito em Porto Príncipe, na região centro-oeste do país. Os depósitos construídos pelo projeto, em Jérémie, Port-de-Paix e Fort-Liberté – respectivamente, nas regiões sudoeste, noroeste e norte do país – foram doados ao MSPP e permitiram criar uma rede logística em pontos estratégicos para aprofundar a política de imunização e viabilizar campanhas de vacinação e armazenamento de medicamentos e insumos nessas localidades, possibilitando a descentralização do armazenamento de insumos.

Urgência e emergência

O projeto adquiriu trinta ambulâncias para apoiar o sistema de urgência e emergência do país, bem como promoveu o intercâmbio de experiências com o SAMU 192 brasileiro, ao trazer uma missão de técnicos haitianos e enviar técnicos brasileiros ao Haiti para apoio à institucionalização da Central Nacional de Ambulâncias (CAN, na sigla em francês) haitiano.

Situação atual

O Ministério da Saúde honrou todos os compromissos assumidos pelo projeto, permanecendo em execução as atividades de manutenção dos HCR. A duração da manutenção, iniciada em 2014 e então prevista para vinte e quatro meses, foi estendida até julho de 2018 (BRASIL, 2016). Houve, contudo, dificuldades para que o governo haitiano assumisse a totalidade das atividades de manutenção desses hospitais com o encerramento desse projeto, o que está sendo assegurado até 2020 pelo “Projeto para o Fortalecimento da gestão dos serviços e do sistema de saúde no Haiti”, firmado em 2017 com recursos oriundos de doação brasileira ao Fundo de Reconstrução do Haiti em 2010, como será visto a seguir.

3.3 Fundo de Reconstrução do Haiti (2017)

Em 2010, após o terremoto, o governo haitiano criou o Fundo de Reconstrução do Haiti (FRH), em parceria com doadores bilaterais e multilaterais, para apoiar o financiamento da recuperação, da reconstrução e do desenvolvimento do país. O FRH é administrado pelo Grupo Banco Mundial e conta com Comitê Gestor presidido pelo governo haitiano e composto pelo Banco Mundial, pela ONU e pelos principais doadores do fundo, que tenham contribuição mínima de US\$ 30 milhões – além do Brasil, Canadá, Espanha, Estados Unidos, Japão e Noruega. O Brasil tem assento no Comitê Gestor, que conta com representante indicado pelo Ministério das Relações Exteriores.

O Brasil foi o primeiro país a contribuir com o Fundo, com doação de US\$ 55 milhões anunciada pelo secretário-geral do Ministério das Relações Exteriores, Antonio de Aguiar Patriota, em cerimônia no Banco Mundial, em Washington, em 11 de maio de 2010 (BANCO MUNDIAL, 2010). A doação brasileira teve duas destinações: US\$ 15 milhões foram destinados para o apoio ao orçamento do governo haitiano daquele ano, e US\$ 40 milhões seriam destinados a apoiar a construção da represa e usina hidrelétrica de Artibonite 4C, que seria a primeira hidrelétrica do país e já tinha estudo técnico realizado com apoio brasileiro em 2008 (BRASIL, 2011c). Entre 2011 e 2013, o Brasil buscou viabilizar, junto a possíveis parceiros internacionais, a disponibilização dos recursos adicionais requeridos para o projeto de Artibonite 4C – estimado em mais de US\$ 100 milhões. No início de 2014, o governo haitiano informou ao governo brasileiro que mantinha entendimentos com grupo chinês para financiamento e construção da hidrelétrica.

Em maio de 2014, então, o Comitê Gestor do FRH decidiu alocar US\$ 38,6 milhões do recurso doado pelo Brasil para projetos bilaterais de cooperação técnica em saúde, educação (formação profissional) e agricultura, sendo parcela de US\$ 20 milhões para a saúde, US\$ 17 milhões para a educação e US\$ 1,6 milhão para agricultura

(FRH, 2014). Em agosto de 2014, foram iniciadas as negociações do novo projeto de saúde, envolvendo, do lado brasileiro, ABC e MS. Pelas regras do FRH e do Banco Mundial, o projeto deve ser executado por meio de uma agência da ONU – tendo sido escolhido, para tanto, o PNUD Brasil, em função da parceria exitosa na Cooperação Tripartite Brasil-Cuba-Haiti.

Após intensa negociação entre Brasil e Haiti, foi desenhado o “BRA/17/018 – Projeto para o Fortalecimento da gestão dos serviços e do sistema de saúde no Haiti”. O projeto foi assinado em junho de 2017, durante visita do ministro da Saúde Ricardo Barros ao Haiti, para participar da cerimônia de batismo do Hospital Comunitário de Referência de Bon Repos – construído com recursos brasileiros no âmbito da Cooperação Tripartite – em “Hospital Comunitário de Referência Dra. Zilda Arns”, em homenagem à célebre brasileira falecida no terremoto haitiano. A assinatura ocorreu em cerimônia conjunta realizada no HCR Dra. Zilda Arns que contou com a presença do ministro Ricardo Barros, da ministra da Saúde haitiana, Marie Greta Roy Clément, do representante-residente do PNUD no Brasil, Niky Fabiancic, e do embaixador do Brasil em Porto Príncipe, Fernando Vidal de Melo (PNUD, 2017; BRASIL, 2017c).

O arranjo de gestão do projeto prevê que o PNUD Brasil seja a agência gestora e responsável pela execução do projeto – diferentemente da Cooperação Tripartite, cuja execução era nacional e de responsabilidade do MS –, com coordenação técnica das ações pelo MS e pela ABC. No MS, a Portaria SE nº 780, de 20 de julho de 2017, atribuiu ao Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID), da Secretaria-Executiva, a coordenação das atividades.

O projeto tem dois eixos estratégicos. O primeiro eixo destina-se ao apoio e fortalecimento do sistema de urgências e emergências do Haiti. O documento de projeto prevê para esse eixo: diagnóstico do sistema; apoio à constituição de estrutura organizacional dedicada às urgências do MSPP; definição de fluxos, referenciamento, protocolos, manuais e boas práticas do sistema de urgências; capacitações em temas relacionados; educação continuada; estruturação física de serviços a serem identificados; e atualização e integração dos agentes comunitários de saúde ao sistema de saúde. Para as atividades de estruturação física, o PNUD Brasil firmou carta-acordo com o UNOPS Haiti; para as atividades de capacitação, educação continuada e atualização e integração dos agentes comunitários de saúde, firmou carta acordo com a OPAS/OMS Haiti, que executará todas as atividades, inclusive em seu componente técnico.

O segundo eixo prevê a continuidade da manutenção dos HCR construídos pela Cooperação Tripartite por três anos e inclui, ademais, o custeio de uma estrutura até então não incluída no Plano de Manutenção de 2014, o Instituto Haitiano de Reabilitação. Prevê, também, a elaboração de um plano de sustentabilidade para a transferência das instalações físicas e encerramento da manutenção e custeio em 2020. Para a execução das atividades desse eixo, o PNUD Brasil firmou carta-acordo com o UNOPS Haiti.

Diferentemente da Cooperação Tripartite, em que houve intenso intercâmbio técnico entre as instituições do Brasil e Haiti, no projeto do Fundo de Reconstrução do Haiti tem sido priorizada a alocação dos recursos em agências da ONU, que executam, inclusive, as atividades técnicas por meio de seus consultores, em prol do fortalecimento das instituições haitianas.

Em janeiro de 2018, o ministro da Saúde, Ricardo Barros, visitou novamente o Haiti, para participar das cerimônias de inauguração do centro cirúrgico do Hospital Saint-Antoine e do depósito para armazenagem de vacinas e insumos em Jérémie, anunciar o início de custeio do Instituto Haitiano de Reabilitação, visitar a Central Nacional de Ambulâncias e participar de solenidade em memória de Zilda Arns (BRASIL, 2018b).

Até o momento de encerramento deste artigo¹⁸, o projeto iniciou o custeio das estruturas da Cooperação Tripartite e apoiou a reforma de um centro cirúrgico em Jérémie. Iniciou, também, o apoio à reforma da sede da Central Nacional de Ambulâncias, a aquisição de novas ambulâncias e a reforma das ambulâncias doadas pela Cooperação Tripartite, e prevê-se a realização de capacitações em temas relacionados a serviços de atendimento móvel de urgência (BRASIL, 2018b). Por fim, foram negociadas pela coordenação do projeto do MS as atividades que serão executadas pela OPAS/OMS Haiti. O projeto está disponível para consulta pública (PNUD, 2017), de maneira a permitir o acompanhamento de sua execução junto às instituições envolvidas.

3.4 Outras atividades e projetos após 2010

No período pós-terremoto, houve, também, outras atividades ou projetos de menor porte, relacionados ao fortalecimento de políticas nacionais ligadas ao enfrentamento ao cólera e à promoção da melhoria da qualidade da água, bem como à questão do HIV.

O cólera é uma doença de veiculação hídrica que adquiriu o caráter de epidemia no Haiti no contexto pós-terremoto, tendo sido introduzido no país no ano de 2010, por tropas nepalesas em atuação na MINUSTAH, e rapidamente se alastrou, dadas as más condições de saneamento e de acesso à água potável no país e a agravada condição de vulnerabilidade social após o desastre. A responsabilidade objetiva das Nações Unidas pela introdução do cólera no país foi reconhecida pelo secretário-geral da ONU, Ban Ki-Moon, somente em dezembro de 2016. A partir de 2017, as Nações Unidas instaram os países a cooperar em prol do enfrentamento ao cólera no Haiti.

A epidemia de cólera teve, desde 2010, aproximadamente um milhão de casos confirmados e dez mil óbitos, segundo informações do Ministério da Saúde Pública

¹⁸ Junho de 2018.

e da População (HAITI, 2018b). Segundo a Direção Nacional de Água Potável e Saneamento (DINEPA) do Haiti, no país 58% da população tem acesso à água potável e 20% tem acesso ao saneamento básico (HAITI, 2018a).

Coalizão Regional sobre água e saneamento para a eliminação do cólera

A Fundação Nacional de Saúde (Funasa), instituição vinculada ao MS, aderiu, em 2012, à “Coalizão regional sobre água e saneamento para a eliminação do cólera na Ilha de Hispaniola”, iniciativa da OPAS/OMS que conta com as parcerias, além da Funasa, do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA (CDC), da Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (AECID), do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), do Banco Mundial, da Associação Interamericana de Engenharia Sanitária e Ambiental (AIDIS) e da Organização dos Estados Americanos (OPAS, 2012).

Em 2014, a Funasa promoveu o compartilhamento de técnicas de análise da água, por meio da elaboração do “Manual prático de análise de água” em francês e em espanhol, e disponibilizou dois mil exemplares em idioma francês ao governo haitiano. Em 2015, elaborou e disponibilizou, em espanhol e francês, o curso virtual “Plano de Segurança da Água”. As atividades foram realizadas em parceria com a OPAS/OMS, que se encarregou da implementação local e da utilização dos materiais elaborados pela Funasa.

Qualidade da água

No Haiti, o enfrentamento ao cólera é de competência do Ministério da Saúde Pública e da População (MSPP) e da Direção Nacional de Água Potável e Saneamento (DINEPA). Segundo informações dessas instituições, atualmente, persistem no país oito áreas prioritárias, nas quais a incidência de cólera é maior. O acesso à água potável e de qualidade é tido como uma das estratégias centrais do país para o enfrentamento ao cólera no país, em especial nessas áreas prioritárias (HAITI, 2018a).

Em agosto de 2017, técnicos da Funasa acompanharam missão brasileira para participação na XXXI Reunião do Comitê Gestor Tripartite e apresentaram as áreas de atuação da Fundação à ministra da Saúde do Haiti, Marie Greta Roy Clément (BRASIL, 2017b). Em setembro de 2017, o MSPP solicitou apoio brasileiro para fortalecer a política de qualidade da água no país.

Em maio de 2018, missão composta por técnicos da Funasa, do Ministério da Saúde (da AISA e da Secretaria de Vigilância em Saúde) e da ABC realizou visita de prospecção ao Haiti no tema de qualidade da água. Entre outras atividades, a missão realizou visita às comunidades de Village des Pêcheurs e de Petit Bois, ambas situadas

na comuna de Croix-des-Bouquets, que é uma das áreas prioritárias para o enfrentamento ao cólera.

As visitas constataram que as comunidades visitadas têm problemas relacionados ao acesso à água potável, e os serviços de saúde visitados informaram que as doenças diarreicas agudas (DDA) e outras doenças de veiculação hídrica estão entre as principais queixas apresentadas pelos usuários. Foram diagnosticados, também, problemas relacionados à vigilância e ao monitoramento da qualidade da água no país. Está em tratativa o desenvolvimento de projeto de cooperação técnica em qualidade da água entre os dois países (BRASIL, 2018a).

Deteção de HIV em populações-chave

Segundo informações do MSPP, o Haiti tem situação de epidemia generalizada de HIV, com prevalência de 2,0% entre a população de 15-49 anos para 2016-2017 (HAITI, 2017), sendo concentrada nas populações-chave: homens que fazem sexo com homens (12,9%), profissionais do sexo (8,7%), pessoas privadas de liberdade (4,6%) e mulheres grávidas (2,3%) (HAITI, 2016b).

Em agosto de 2016, houve missão do MS, composta por técnicos do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde (DIAHV) e da AISA, para negociação de projeto de transferência de tecnologia do Brasil para o Haiti sobre a estratégia de testagem rápida do HIV/aids junto a populações-chave, fundamentado na “Viva Melhor Sabendo”, estratégia de sucesso desenvolvida pelo MS no Brasil. Em dezembro desse ano, o Brasil doou mil testes rápidos de fluido oral ao Haiti, para apoiar o processo nacional de validação do protocolo de uso desses testes, com vistas à viabilização do projeto, e aguarda a conclusão desse processo para dar continuidade às tratativas.

Cooperação humanitária

No âmbito da cooperação humanitária, foram doadas, em 2010, 400 toneladas de medicamentos em apoio às vítimas do terremoto, além de cem mil doses de vacinas contra Hepatite B e quatro toneladas de medicamentos para apoio no combate à cólera. Em 2013, foram doadas 150 mil doses de vacina antirrábica. Entre 2016 e 2017, após a passagem do furacão Matthew, o Brasil doou ao Haiti quatro mil vacinas anticólera, vinte mil medicamentos para situações de calamidade, 49 filtros e 87 reservatórios de água. Em 2017, houve doação de quinze mil doses de vacinas antirrábicas humanas.

3.5 Considerações finais

O Haiti é um caso peculiar da cooperação brasileira, tendo adquirido centralidade desde que o Brasil assumiu o comando militar da MINUSTAH e, também, a incumbência de apoiar ações para o desenvolvimento social e sustentável do país caribenhinho, de modo a fortalecer sua estabilização e promover o desenvolvimento sustentável. Por entender que a paz, a segurança e o desenvolvimento são questões interligadas, o governo brasileiro aliou ao comando militar da missão seu caráter multidimensional, intensificando a cooperação técnica e humanitária com o Haiti, com vistas ao desenvolvimento do país.

A história de dois séculos de instabilidades políticas, desigualdade social, pobreza e vulnerabilidade social pela qual passou o Haiti levou a uma situação de grande carência de provimento de serviços públicos pelo Estado ou mesmo de dificuldade de coordenação das ações executadas por uma multiplicidade de ONGs e atores internacionais em atividade nos mais diversos campos, inclusive o da saúde. Essa situação foi agravada pelo terremoto de 2010, que destruiu várias estruturas relacionadas ao provimento da saúde pública no país – além de ter levado a óbito profissionais de saúde e ter iniciado novo período de diáspora, em que considerável número de pessoas emigrou em busca de melhores condições de vida.

O Ministério da Saúde tem sido um dos atores de maior protagonismo na cooperação brasileira junto ao Haiti. O foco no fortalecimento do Estado haitiano ocorreu, justamente, por entender que o desenvolvimento social passa pelo fortalecimento do Estado como instituição capaz de promover o oferecimento de uma saúde pública em perspectiva integral. O MS tem priorizado, também, o desenvolvimento do sistema de saúde haitiano e buscou, nas atividades realizadas, estabelecer o relacionamento dessas com o bom funcionamento do sistema de saúde, além da ampliação do acesso aos cuidados de saúde à população haitiana.

Como visto, no período entre 2004 e 2009, houve projetos de cooperação técnica trilaterais em que o Brasil compartilhou conhecimentos técnicos com o Haiti, apoiado financeiramente por países desenvolvidos ou organismos internacionais. Os projetos tiveram foco no fortalecimento da vacinação e do aleitamento materno, na constituição de banco de leite humano e no combate à violência de gênero. Chama a atenção, no período, o ativismo da Presidência da República com os projetos – como ficou evidente com as declarações e os compromissos de alto nível firmados pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva com relação aos projetos e atividades aqui apresentados.

A partir de 2010, os projetos estiveram mais relacionados à reconstrução do país, ao fortalecimento de seu sistema de saúde, ao fortalecimento da detecção do HIV e ao combate ao cólera. Chama a atenção também que, a partir de 2010, os projetos tiveram maior financiamento do governo brasileiro. É importante ressaltar, contudo, que

os dois maiores projetos – a Cooperação Tripartite Brasil-Cuba-Haiti e o projeto com recursos do Fundo de Reconstrução do Haiti – referem-se a recursos destinados pelo Brasil ao Haiti em 2010, ainda no contexto do terremoto, como resultado de grande movimento político realizado à época em prol do Haiti. O projeto BRA/10/005, desenvolvido no âmbito da Cooperação Tripartite, segue vigente até a data de fechamento deste artigo, com previsão de encerramento em julho de 2018, e o BRA/17/018, projeto com recursos do Fundo de Reconstrução do Haiti, só foi assinado em 2017, com vigência até 2020.

No período após 2010, é possível verificar o peso que foi dado à parceria com o Haiti pelos ministros da Saúde. Desde 2010, quatro ministros da Saúde visitaram o Haiti: José Gomes Temporão, em 2010, quando assinou o Memorando de Entendimento Tripartite Brasil-Cuba-Haiti (BRASIL, 2011a); Alexandre Padilha, em 2012, acompanhando a comitiva da presidenta Dilma Rousseff¹⁹ (BRASIL, 2012a); Arthur Chioro, em 2014, para a inauguração dos Hospitais Comunitários de Referência (BRASIL, 2014a); e Ricardo Barros, em 2017, para a assinatura do projeto do Fundo de Reconstrução do Haiti e batismo do HCR Bon Repos em HCR Dra. Zilda Arns (BRASIL, 2017c), e em 2018, para participar das cerimônias de inauguração do centro cirúrgico do Hospital Saint-Antoine e do depósito para armazenagem de vacinas e insumos em Jéremie e outras agendas descritas na seção relativa ao projeto do Fundo de Reconstrução do Haiti (BRASIL, 2018b).

Ao longo de todo o período, houve ações de cooperação humanitária para doação de insumos, medicamentos e vacinas, intensificadas, também, após 2010.

A cooperação técnica internacional do Ministério da Saúde brasileiro com o Haiti foi, em alguns aspectos, inovadora para a própria experiência da cooperação internacional brasileira para o desenvolvimento. Como apresentado, o projeto para o Aprimoramento do Programa Haitiano de Imunizações foi uma iniciativa inédita no governo brasileiro de cooperação trilateral, em parceria com um país financiador e cooperando em benefício de um terceiro país, em desenvolvimento (BRASIL, 2005b). A atuação do Ministério da Saúde no terremoto haitiano também significou grande aprendizado para resposta imediata em situação de emergência, envolvendo, inclusive, outros atores, como a sociedade civil e organizações que enviaram doações ou voluntários ao país.

A Cooperação Tripartite Brasil-Cuba-Haiti também trouxe uma série de inovações. Em primeiro lugar, porque o Brasil, por meio do Ministério da Saúde, e não da ABC, assumiu o papel de principal financiador do projeto. Ademais, é notória a

¹⁹ A presidenta Dilma Rousseff visitou o Haiti em fevereiro de 2012, para cerimônia de apresentação do contingente brasileiro da MINUSTAH. Na visita, a presidenta ressaltou a importância da cooperação e incluiu a agenda em saúde nos temas bilaterais de destaque. O ministro da Saúde Alexandre Padilha compôs sua comitiva (BRASIL, 2012c).

diferença de suas atividades em relação aos projetos de cooperação técnica tradicionalmente realizados pelo Brasil, sobretudo quanto ao formato como se propuseram a fortalecer capacidades estatais – por terem uma parcela alta de seus recursos destinada a construção, reforma e manutenção de estruturas físicas, bem como por apoiar o pagamento de bolsas de estudo. Se, por um lado, houve fortalecimento maciço de questões relacionadas à capacidade de cobertura territorial do Estado e ao acesso à saúde pública no Haiti, por outro, essas atividades estiveram permeadas pelos princípios da cooperação Sul-Sul, de horizontalidade, flexibilidade e, sobretudo, de um “fazer conjunto” e de buscar acoplar atividades de transferência de conhecimentos, de formação de recursos humanos e de organização de serviços e do sistema de saúde haitiano, com vistas às sustentabilidade das ações. Essas atividades foram inspiradas pelas experiências desenvolvidas pela institucionalização e pela implementação do Sistema Único de Saúde brasileiro e dos desafios ao desenvolvimento que foram enfrentados²⁰.

Do lado brasileiro, essa abordagem também trouxe aprendizados consideráveis, sendo latente a necessidade de fortalecer a institucionalidade da própria cooperação brasileira, de modo a permitir atividades internacionais mais diversificadas e que considerem a complexidade de executar projetos em contextos diferentes e com marcos legais distintos do brasileiro, favorecendo as ações logísticas e de aquisição e a realização de atividades no exterior e podendo adotar projetos de médio e longo prazos, sem descontinuidades em função da troca de gestores.

Especificamente para o Ministério da Saúde do Brasil, um dos principais desafios atualmente é apoiar o desenvolvimento conjunto e a execução do plano de sustentabilidade previsto pelo projeto do Fundo de Reconstrução do Haiti, com vistas a que o governo haitiano tenha condições de assumir a totalidade das atividades de manutenção das estruturas construídas pela cooperação brasileira até 2020 – quando é previsto o encerramento de dito projeto –, de maneira sustentável e perene, bem como intensificar o intercâmbio técnico entre os países, com vistas a fortalecer o aspecto técnico da cooperação internacional. Ao contrário da Cooperação Tripartite, inicialmente prevista para dois anos e que já conta com oito anos de execução, as regras do Fundo de Reconstrução do Haiti não permitem a prorrogação de projetos, devendo o BRA/17/018 encerrar suas atividades, de fato, em 2020.

²⁰ Apesar de ainda não estar disponível a avaliação de impacto prevista pelo projeto, entrevistas realizadas com interlocutores haitianos revelaram que as atividades da Cooperação Tripartite geraram “efeitos colaterais positivos” no país, como o desenvolvimento de estratégias de coordenação e gestão que se têm mostrado perenes desde 2010, o fortalecimento da saúde comunitária no âmbito da política nacional de saúde, a criação de currículo nacional de formação de agentes comunitários de saúde, a organização das atribuições da equipe de saúde da família, o reconhecimento da organização dos serviços implantados como modelo e campo de prática para a formação universitária, a criação de um serviço pioneiro de reabilitação de deficiências físicas e até uma possível política de participação social em gestão (LUZ, 2018).

Além disso, seguem as perspectivas para a cooperação entre Brasil e Haiti em campos estratégicos, como o fortalecimento da detecção de HIV em populações-chave e projetos de qualidade da água, centrados no fortalecimento do Estado haitiano e no intercâmbio técnico entre os países, tendo ambos interlocução institucional com a sociedade civil organizada e com a comunidade. Essa diversificação de atividades de cooperação poderá contribuir não apenas para o fortalecimento da autoridade sanitária haitiana, um dos objetivos centrais dos projetos supramencionados, mas também para a efetiva melhoria da saúde e da qualidade de vida do povo haitiano, em uma perspectiva multidimensional.

Em verdadeira expressão prática do princípio constitucional da cooperação entre os povos para o progresso da humanidade, a cooperação técnica em saúde com o Haiti fortalece a atuação do Brasil no exterior, amplia a capacidade de execução de grandes projetos de cooperação internacional pelo Ministério da Saúde e consagra os princípios basilares, tão caros ao país, da cooperação Sul-Sul e do Sistema Único de Saúde.

Referências

BANCO MUNDIAL. **Brasil é o primeiro país a contribuir para o Fundo de Reconstrução do Haiti**. Washington, 11 maio 2010. Disponível em: <<http://www.worldbank.org/pt/news/press-release/2010/05/11/brazil-first-country-contribute-haiti-reconstruction-fund>>. Acesso em: 19 fev. 2018.

BARANYI, Stephen. Contested Statehood And State-Building In Haiti. **Rev. cienc. polít.**, Santiago, v. 32, n. 3, p. 723-738, 2012. Disponível em <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-090X2012000300013&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 5 set. 2017.

BRASIL. **Decreto nº 5.284, de 24 de novembro de 2004**. Promulga o Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República do Haiti, celebrado em Brasília, em 15 de outubro de 1982. 2004a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5284.htm>. Acesso em: 8 ago. 2017.

_____. **Lei nº 12.239, de 19 de maio de 2010**. Abre crédito extraordinário, em favor da Presidência da República, dos Ministérios da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, das Relações Exteriores, da Saúde, da Defesa, da Integração Nacional e das Cidades, e de Transferências a Estados, Distrito Federal e Municípios, no valor global de R\$ 1.374.057.000,00, para os fins que especifica. 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12239.htm>. Acesso em: 20 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Assessoria de Assuntos Internacionais. **Haiti**. set. 2017a. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/assessoria-internacional/relacoes-bilaterais/haiti>>. Acesso em: 26 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Blog da Saúde. **Brasil reforça ações de saúde com Cuba e Haiti**. 30 jan. 2012a. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/29530-brasil-reforca-acoes-de-saude-com-cuba-e-haiti.html>>. Acesso em: 15 maio 2018.

- _____. Ministério da Saúde. **Blog da Saúde**: Ministro inaugura complexo hospitalar no Haiti. 5 maio 2014a. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/agenda-ms/33915-ministro-inaugura-complexo-hospitalar-no-haiti.html>>. Acesso em: 15 maio 2018.
- _____. Ministério da Saúde. **Cooperação em Saúde no Haiti**. Brasília; 2011a. 38 p.
- _____. Ministério da Saúde. **Cooperação em Saúde no Haiti**. 2. ed. Brasília: Editora da Organização Pan-Americana da Saúde; 2012b. 74 p.
- _____. Ministério da Saúde. **Cooperação em Saúde no Haiti**: quatro anos de construção. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2014b. 348 p.
- _____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Funasa apresenta uma solução para a redução dos casos de cólera no Haiti**. 5 set. 2017b. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/todas-as-noticias/-/asset_publisher/lpnzx3bJYv7G/content/funasa-leva-salta-z-ao-haiti?inheritRedirect=false>. Acesso em: 15 maio 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual da Rede de Frio**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rede_frio.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Rede BLH. **Apoio Técnico para Implementação de Bancos de Leite Humano no Haiti**. [2012]. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infolid=732&sid=271>>. Acesso em: 15 maio 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Rede BLH. **Comunicação e informação – Notícias**. 23 dez. 2008a. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?from_info_index=331&infolid=586&sid=368>. Acesso em: 15 maio 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Rede BLH. **Projeto de Cooperação trilateral – Brasil, França, Haiti, para Apoio Técnico para implantação/implementação de Banco de Leite Humano no Haiti**. 7 jul. 2011b. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infolid=1234&sid=368>>. Acesso em: 15 maio 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Hospital construído pelo Brasil no Haiti recebe nome de Zilda Arns**. 23 jun. 2017c. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/28844-hospital-construido-pelo-brasil-no-haiti-recebe-nome-de-zilda-arns>>. Acesso em: 15 maio 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Ministério da Saúde e Funasa realizam missão ao Haiti**. 15 maio 2018a. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/noticias-aisa/43247-ministerio-da-saude-e-funasa-realizam-missao-ao-haiti>>. Acesso em: 15 maio 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Ministro da Saúde participa de inaugurações de unidades de saúde no Haiti**. 15 jan. 2018b. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42325-ministro-da-saude-participa-de-inauguracoes-de-unidades--de-saude-no-haiti>>. Acesso em: 23 jan. 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Portal Saúde. **Projeto Haiti – Ações**. [2017]a. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/projeto-haiti/acoes-projeto-haiti>>. Acesso em: 8 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Extrato da Revisão Substantiva 6 ao Projeto BRA/10/005 – Projeto de Cooperação Sul-Sul de Fortalecimento da Autoridade Sanitária do Haiti. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 247, 26 dez. 2016. Seção 3, p. 92.

_____. Ministério das Relações Exteriores. **Declaração conjunta entre o presidente Luiz Inácio Lula da Silva e o presidente Boniface Alexandre**. 18 ago. 2004b. Disponível em: <<https://aplicacao.itamaraty.gov.br/ApiConcordia/Documento/download/7444>>. Acesso em: 15 maio 2018.

_____. Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. **Brasil propõe cooperação técnica com Haiti na área de imunização**. 2005a. Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/imprensa/mostrarconteudo/300>>. Acesso em: 15 maio 2018.

_____. Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. **Haiti**. [2017]b. Disponível em <<http://www.abc.gov.br/Projetos/CooperacaoSulSul/Haiti>>. Acesso em: 22 dez. 2017.

_____. Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. **Manual de Gestão da Cooperação Técnica Sul-Sul**. Brasília: Ministério das Relações Exteriores, 2013b.

_____. Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. Via ABC. **Haiti: cooperação para reconstrução e desenvolvimento**, dez. 2005b. v. 12. Disponível em: <http://www.abc.gov.br/intranet/sistemas_abc/siteabc/documentos/viaabc12.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2018.

_____. Ministério das Relações Exteriores. **Nota Técnica anexa à Mensagem ao Senado Federal nº 122, de 12/08/2011**. 2011c. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=4058995>>. Acesso em: 19 fev. 2018.

_____. Ministério das Relações Exteriores. **Nota Técnica anexa à Mensagem ao Senado Federal 63/2014, de 21/08/2014**. 2014c. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=2603731&disposition=inline>>. Acesso em: 19 fev. 2018.

_____. Ministério das Relações Exteriores. Palavras do Ministro das Relações Exteriores, Embaixador Celso Amorim, em audiência na Comissão de Relações Exteriores e de Defesa Nacional da Câmara dos Deputados, em 12 de maio de 2004. **Resenha de Política Exterior do Brasil**, ano 31, n. 94, p. 112, 1. sem. 2004c. Disponível em: <http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_biblioteca/resenhas_peg/Resenha_N94_1Sem_2004.pdf>. Acesso em: 15 maio 2018.

_____. Ministério das Relações Exteriores. Visita ao Brasil do Presidente da França, Nicolas Sarkozy – Brasília, 6 e 7 de setembro de 2009 – Declaração Conjunta. **Resenha de Política Exterior do Brasil**, ano 29, n. 105, p. 305-313, 2. sem. 2009. Disponível em: <http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_biblioteca/resenhas_peg/resenha105_2_2009.pdf>. Acesso em: 15 maio 2018.

_____. Ministério das Relações Exteriores. Visita do Primeiro-Ministro do Canadá, Paul Martin, ao Brasil – Declaração Conjunta. **Resenha de Política Exterior do Brasil**, ano 31, n. 95, p. 455, 2. sem. 2004d. Disponível em: <http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_biblioteca/resenhas_peg/Resenha_N95_2Sem_2004.pdf>. Acesso em: 15 maio 2018.

_____. Ministério das Relações Exteriores. Visita oficial da Presidenta Dilma Rousseff ao Haiti, Porto Príncipe, 1º de fevereiro de 2012. **Resenha de Política Exterior do Brasil**, ano 37, n. 110, p. 79-80, 1. sem. 2012c. Disponível em: <http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_biblioteca/resenhas_peg/resenha110_1Sem_2012.pdf>. Acesso em: 15 maio 2018.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Governo brasileiro firma termo de cooperação com Haiti para combate à violência contra a mulher**. 27 maio 2008b. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/area-imprensa/ultimas_noticias/2008/05/MySQLNoticia.2008-05-27.5501>. Acesso em: 15 maio 2018.

_____; CANADÁ. **Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica entre o Brasil e o Canadá para Implementar o Projeto “Aprimoramento do Programa Haitiano de Imunizações”**. 23 maio 2006. Disponível em: <<https://concordia.itamaraty.gov.br/detalhamento/5627>>. Acesso em: 15 maio 2018.

_____; CUBA; HAITI. **Memorando de cooperação entre o Governo do Brasil, o Governo de Cuba e o Governo do Haiti para o fortalecimento do sistema e dos serviços de saúde e vigilância epidemiológica no Haiti**. 2010. Assinado no dia 27 de março de 2010, em Port-au-Prince, Haiti, pelo Ministro da Saúde do Brasil, pelo Ministro da Saúde Pública de Cuba, pelo Ministro de Saúde Pública e da População do Haiti e pelo Presidente do Haiti. [cópia em arquivo eletrônico].

_____. HAITI. **Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica entre o Brasil e o Haiti para Implementar o Projeto “Aprimoramento do Programa Haitiano de Imunizações”**. 23 maio 2006. Disponível em: <<https://concordia.itamaraty.gov.br/detalhamento/5622>>. Acesso em: 15 maio 2018.

_____; _____. **Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre o Brasil e o Haiti para Implementação do Projeto “Combate à Violência contra as Mulheres no Haiti”**. 28 maio 2008. Disponível em: <<https://concordia.itamaraty.gov.br/detalhamento/6111>>. Acesso em: 15 maio 2018.

_____; _____. **Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República do Haiti para Implementação do Projeto “Apio à Implantação de Banco de Leite Humano no Haiti”**. 29 set. 2010. Disponível em: <<https://concordia.itamaraty.gov.br/detalhamento/6973>>. Acesso em: 15 maio 2018.

ESTEVES, Uliana. “Tèt asanm pou la sante”: apontamentos etnográficos sobre a cooperação internacional para a saúde no Haiti. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 523-541, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702016000200523&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 8 dez. 2017.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **UNFPA e ABC assinam acordo para Cooperação Sul-Sul**. 2011. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/noticias/2011/217-unfpa-e-ab-c-assinam-acordo-para-cooperacao-sul-sul>>. Acesso em: 26 fev. 2018.

FUNDO DE RECONSTRUÇÃO DO HAITI. **US\$38.6 million for budget support from Haiti Reconstruction Fund**. 28 maio 2014. Disponível em <<http://www.haitireconstructionfund.org/node/215>>. Acesso em: 19 fev. 2018.

GOMES, Renata M. S.; OLIVEIRA, Valdir C. **Cooperação internacional Brasil-Cuba-Haiti: o papel das rádios comunitárias no fortalecimento da mobilização social no âmbito da saúde pública no Haiti**. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 199-208, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00199.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2017.

HAITI. Constituição (1987). **Constituição da República**. 1987. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/165898561/Constitucion-Politica-de-Haiti-en-espanol>>. Acesso em: 12 set. 2017.

_____. Direction Nationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement. **Présentation du plan d'élimination du cholera:** phase moyen terme – composantes couvrant l'assainissement et l'hygiène. Porto Príncipe, 7 maio 2018a. Apresentação, 15 slides.

_____. Instituto Haitiano de Estadística e Informática. **Estimativa da população de 2009.** 2009. Disponível em: <http://www.ihsi.ht/pdf/projection/POPTOTAL&MENAGDENS_ESTIM2009.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2017.

_____. Instituto Haitiano de Estadística e Informática. **Estimativa da população de 2015.** 2015. Disponível em: <http://www.ihsi.ht/pdf/projection/Estimat_PopTotal_18ans_Menag2015.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2017.

_____. Ministère de la Santé Publique et de la Population. **Cholera in Haiti:** current situation and challenges. Porto Príncipe, 7 maio 2018b. Apresentação, 71 slides.

_____. Ministère de la Santé Publique et de la Population. **Enquête de Morbidité, Mortalité et utilisation des Services de Santé:** EMMUSS VI (2016-2017). 2017. Disponível em: <<https://mspp.gouv.ht/site/downloads/EMMUS%20V%20document%20final.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2018.

_____. Ministère de la Santé Publique et de la Population. **Organisation des soins de sante communautaire.** Porto Príncipe, 2016a.

_____. Ministère de la Santé Publique et de la Population. **Plan directeur de santé 2012-2022.** Porto Príncipe, 2012.

_____. Ministère de la Santé Publique et de la Population. **Programme National de lutte contre le Sida:** rapport de situation nationale, Haiti mars 2016b. Disponível em: <<https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Declaration%20d%20engagement%20sur%20le%20VIH%20PNLS%20Haiti%20Mars%202016.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2018.

HIRST, Monica. **Aspectos conceituais e práticos da atuação do Brasil em cooperação Sul-Sul:** os casos de Haiti, Bolívia e Guiné Bissau. Brasília: Ipea, jan. 2012. (Texto para Discussão, n. 1.687).

HIRST, Monica. **La intervención sudamericana em Haití.** FRIDE Comentario, abr. 2007. Disponível em: <<http://fride.org/publicacion/192/la-intervencion-sudamericana-en-haiti>>. Acesso em: 10 set. 2017.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO. **Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional – COBRADI 2010.** 2. ed., rev. Brasília: Ipea, 2013.

KASTRUP, Erica et al. Cooperação Sul-Sul-Sul: a cooperação estruturante tripartite Brasil-Cuba-Haiti e a participação da Fiocruz. In: BUSS, Paulo M; TOBAR, Sebastián (Org.). **Diplomacia em Saúde e Saúde Global.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 633-653.

LAMAUTE-BRISSON, Nathalie. **Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe:** Haití. Santiago: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), 2013.

LUZ, Douglas V. **Cooperação técnica Sul-Sul, capacidades estatais e desenvolvimento social:** o caso do projeto de fortalecimento da autoridade sanitária do Haiti. 2018. Dissertação (Mestrado em

Políticas Públicas e Desenvolvimento) – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, 2018.

MENEGHEL, Stela Nazareth et al. Formação em epidemiologia e vigilância da saúde: Cooperação Tripartite Brasil-Cuba-Haiti. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 495-508, abr./jun. 2016.

MISOCZKY, Maria Ceci; BORDIN, Ronaldo; BARCELOS, Ricardo. **Fortalecimento da Rede de Serviços de Saúde**: um relato da cooperação Brasil/Cuba/Haiti. Porto Alegre: Publicato Editora Ltda., 2015. Disponível em: <http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fortalecimento_rede_servicos_sau-de_brasil_cuba_haiti.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2016.

OLIVEIRA JÚNIOR, Aristeu de et al. **Assistência humanitária ao Haiti**: a experiência da Funasa no apoio às ações de controle e monitoramento da qualidade da água. XIVth IWRA World Water Congress, 2011. Disponível em: <<https://www.iwra.org/member/congress/resource/PAP00-5815.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. MINUSJUSTH. **Mandate**. [2017]. Disponível em: <<https://minujsth.unmissions.org/en/mandate>>. Acesso em: 15 maio 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global Health Observatory country views. **Haiti statistics summary (2002 – present)**. [2017]. Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-HTI?lang=en>>. Acesso em: 5 dez. 2017.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Nuevas organizaciones se suman en respaldo de las inversiones en agua y saneamiento para eliminar el cólera de La Española**. Washington, 29 jun. 2012. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6966&Itemid=0&lang=es>. Acesso em: 19 fev. 2018.

PESSÔA, Luisa Regina; KASTRUP, Erica; LINGER, Pedro. A translação do conhecimento no âmbito da cooperação internacional: a experiência da Fiocruz em incorporação de tecnologias em saúde no Haiti. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 509-522, abr./jun. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v23n2/0104-5970-hcsm-23-2-0509.pdf>>. Acesso em: 8 dez. 2017.

PINO, Bruno Ayllón. **A cooperação triangular e as transformações da cooperação internacional para o desenvolvimento**. Brasília: Ipea, jun. 2013. (Texto para Discussão, n. 1845).

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **BRA/10/005 – Projeto de Cooperação Sul-Sul de Fortalecimento da Autoridade Sanitária do Haiti**. Brasília, 28 nov. 2010. [versão digital]. Disponível em: <https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/BRA/00060736_BRA%2010%20005%20Revis%C3%A3o%20Inicial%20-%20Capa%20assinada%20e%20Texto.zip>. Acesso em: 1 fev. 2017.

_____. **BRA/17/018 – Strengthening the management of services and the Health System in Haiti**. Porto Príncipe, 23 jun. 2017. [versão digital]. Disponível em: <https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/BRA/BRA17018_revisao_inicial_assinada.pdf>. Acesso em 08 jan 2018.

_____. **Human Development Data (1990-2015)**. [2016]. Disponível em: <<http://hdr.undp.org/en/data#>>. Acesso em: 9 dez. 2017.

REGINA, Fernanda Lopes. **Cooperação técnica entre países em desenvolvimento: o caso do Ministério da Saúde brasileiro no Haiti**. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tde-03022017-124124/>>. Acesso em: 8 nov. 2017.

SÁ E SILVA, Michelle Moraes de. **Catalisadores e Empecilhos ao Compartilhamento de Políticas de Direitos Humanos por meio da Cooperação Sul-Sul**. Buenos Aires: Clacso, 2016.

SANTIAGO, Adriana (Org.). **Haiti por si: a reconquista da independência roubada**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2013. Disponível em: <https://issuu.com/adital/docs/haiti_por_si_adital_adriana-santiago>. Acesso em: 9 dez. 2017.

VALENCIA, Cristina. **Institucionalidad y marco legislativo de la discapacidad em Haití**. Santiago: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL). 2015. (12 Série: Documentos de Proyectos, n. 685). Disponível em: <<http://repositorio.cepal.org/handle/11362/39821>>. Acesso em: 10 set. 2017.

VALLER FILHO, Wladimir. **O Brasil e a crise haitiana: a cooperação técnica como instrumento de solidariedade e de ação diplomática**. Brasília: Funag, 2007.

VERENHITACH, Gabriela Daou. **A MINUSTAH e a política externa brasileira: motivações e consequências**. 2008. 123 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2008.

A concertação política e a cooperação em saúde no BRICS

Eduardo Shiguelo Fujikawa¹

Resumo

Este artigo analisa a concertação política e a cooperação em saúde no BRICS, agrupamento formado por Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul, à luz da necessidade de conceber formas inovadoras de interação entre os países do grupo que permitam traduzir compromissos políticos em atividades práticas de interesse comum, ainda pouco recorrentes no âmbito da saúde. Para tanto, por meio de revisão de literatura e com base na experiência prática do autor, avalia impressões sobre o papel do BRICS na saúde global, fatores de coesão para unidade do grupo e, por fim, propõe reflexão sobre a concepção da Rede de Pesquisa de Tuberculose dos BRICS como exemplo de percurso favorável da concertação política à execução técnica.

O estudo constatou que a expectativa internacional permanece atual, considerando a capacidade individual dos países BRICS² de promover colaborações de potencial impacto para a saúde global. Além disso, verificou-se que há fatores de aproximação dos países que incluem a possibilidade de protagonismo na governança da saúde global, o proveito de capacidades complementares em benefício doméstico e a possibilidade de coordenar uma agenda comum de cooperação para países em desenvolvimento. A pesquisa identificou lacuna entre discurso e prática, embora seja evidente o interesse dos BRICS em intensificar a colaboração no âmbito do grupo. Para preencher esse espaço, concluiu-se que será necessário esforço conjunto para dar novo sentido ao multilateralismo do BRICS e promover mudança estrutural nos mecanismos de diálogo que favoreça decisões orientadas à realização de atividades técnicas e científicas.

Palavras-chave: BRICS. Concertação política. Saúde global. Multilateralismo.

1 Introdução

Cunhado por analistas de mercado como acrônimo para orientar investidores internacionais no início da década de 2000, o BRICS deu um passo à concertação política

¹ Bacharel em Línguas Estrangeiras Aplicadas às Negociações Internacionais pela Universidade Estadual de Santa Cruz e Mestre em Cooperação e Desenvolvimento Internacional pela Università Cattolica del Sacro Cuore de Milão.

² A respeito do emprego da terminologia “BRICS”, este artigo adota as diretrizes do Manual de Redação Oficial e Diplomática do Itamaraty (2016). Quando se refere ao grupo, usa-se no singular: “o BRICS”. Quando se refere aos países que o compõem, usa-se o plural (“os BRICS”).

a partir de 2006, constituindo-se como mecanismo sustentado pela vontade política de seus participantes, Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul³, que compartilham posições e perspectivas relacionadas à reforma da governança global. A primeira reunião de cúpula do agrupamento foi realizada em 2009, em Ecatemburgo, na Rússia. Desde então, os chefes de Estado e de Governo reúnem-se anualmente, e uma série de reuniões paralelas é organizada pelo país que detém a presidência *pro tempore* do agrupamento.

A cooperação no campo da saúde foi incluída na agenda do BRICS a partir do Plano de Ação da Declaração de Sanya da III Cúpula dos BRICS, em 2011, motivada pela necessidade de identificar temas de interesse conjunto que pudessem gerar colaborações benéficas para os países. Desde então, os ministros da Saúde e altos funcionários do grupo têm se reunido em bases regulares, com o objetivo de debater iniciativas de cooperação em matéria de saúde.

Sete anos após a Declaração de Sanya e decorridas diversas reuniões de ministros da Saúde do BRICS⁴, questões relacionadas aos meios para efetivar a cooperação intra-BRICS e ao papel de protagonismo esperado pela comunidade internacional frente aos desafios da saúde global ainda são motivos de vívido debate.

Ao encontro de evidências que possam colaborar para tal discussão, propõe-se como objeto de estudo deste artigo a concertação política e a cooperação em saúde no BRICS. Com base na revisão de literatura e, sobretudo, na experiência do autor junto à Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil nos diálogos promovidos no BRICS, pretende-se suscitar argumentos indicativos sobre meios de efetivar relações orientadas a ações práticas coerentes com as decisões políticas tomadas pelo grupo.

Com o intuito de oferecer nova ótica de reflexão e contribuir com a literatura existente, propõe-se argumentação baseada em três perguntas norteadoras: quais são as impressões sobre o papel dos BRICS na saúde global? Quais são os fatores de coesão para cooperação em saúde no BRICS? Quais seriam os meios para conectar as agendas política e técnica de saúde no BRICS?

O presente artigo pretende colaborar com as discussões que são, ao mesmo tempo, longevas e recorrentes. Não tem, contudo, a pretensão de oferecer argumentos definitivos, mas, ao contrário, proporcionar reflexões não exaustivas que promovam novas perspectivas de análise.

³ A África do Sul foi incorporada ao mecanismo em 2011.

⁴ Pequim em 2011, Nova Délhi em 2013, Cidade do Cabo em 2013, Brasília em 2014, Moscou em 2015, Nova Délhi em 2016, Tianjin em 2017 e Durban em 2018. Os Ministros da Saúde reúnem-se ainda, costumeiramente desde 2012, às margens da Assembleia Mundial de Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), realizada anualmente em Genebra.

2 Impressões sobre o papel do BRICS na saúde global

A comunidade internacional criou grande expectativa sobre o protagonismo do BRICS, desde seu surgimento, frente aos desafios da saúde global. Para a então diretora-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Margaret Chan (OMS, 2011), a nova concertação política de alto nível em saúde do BRICS representava um poder em ascensão, de influência diplomática e econômica na saúde global. Harmer et al. (2013) ressaltam que a expectativa era de um grupo capaz de liderar temas emergentes, coordenar esforços regionais e, ao mesmo tempo, aproveitar, individualmente, oportunidades nas relações intraBRICS.

A pesquisa bibliográfica para este artigo permitiu inferir que houve significativa produção de informações sobre o potencial impacto dos BRICS na saúde global entre 2011 e 2015, sugerindo, em certa medida, relação com o nível de expectativa da comunidade internacional no período. Exemplo expressivo desse interesse foi a publicação de edição especial do boletim mensal da OMS (2014) com o tema *BRICS and global health*.

Não obstante a vontade política demonstrada pelos governos, materializada nas reuniões de cúpula, de chanceleres e de ministros da Saúde e em seus respectivos comunicados conjuntos, o *momentum* da saúde no BRICS ainda é aguardado. Há, nesse sentido, certo consenso sobre a lacuna entre compromissos políticos e ações realizadas no âmbito do BRICS. Larionova et al. (2014) ressaltam que, embora o discurso em saúde tenha se intensificado no grupo, a retórica política ainda não se traduziu em resultados substantivos. Jim O’Neill, criador do termo “BRICS”, afirmou, em entrevista à BBC News (2017), que “gostaria de ver os líderes dos BRICS fazerem algo mais tangível, como um financiamento conjunto para pesquisa de tuberculose, para demonstrar sua efetividade”. Apenas a partir de colaborações práticas, até então pouco representativas, será possível avaliar o real impacto dos BRICS na saúde global, sendo qualquer análise prévia meramente especulativa (STUENKEL, 2012; TYTEL, 2012). De fato, Harmer et al. (2013) constataram existir pouca evidência que corrobore a afirmação de que o grupo possui influência na saúde global, ainda que de potencial proeminente⁵.

Se, por um lado, a constatação parece seguir válida, por outro, a expectativa permanece sustentada pelas contribuições individuais e pela participação ativa dos BRICS em temas relacionados à promoção do desenvolvimento internacional, questões que, desde a constituição do agrupamento, chamaram a atenção da comunidade global.

⁵ A revisão de literatura do estudo compreendeu pesquisa inicial de 887 documentos sobre o tema. A partir de critérios estabelecidos pelo autor, o número de pesquisas foi limitado a 71 artigos e 23 relatórios e posteriormente, em nova triagem, a sete documentos. A maioria destes, segundo os pesquisadores, concentraram suas análises nas capacidades individuais dos países, e apenas um documento apresentou análise sustentável sobre a influência coletiva dos BRICS.

Nessa perspectiva, Buss et al. (2014) citam, por exemplo, o envolvimento de Índia, Brasil e África do Sul nas discussões multilaterais sobre acesso a medicamentos antirretrovirais, propriedade intelectual e fabricação de medicamentos genéricos, enquanto Harmer et al. (2013) ressaltam a liderança dos BRICS no tema da cobertura universal de saúde, sobretudo na OMS.

Emerge, nesse sentido, a necessidade de refletir sobre os moldes de interação dos BRICS que possam traduzir tais capacidades individuais em sinergias para a entrega de resultados tangíveis para o grupo e, conseqüentemente, para a saúde global.

Yu (2008 apud Harmer et al., 2013) descreve a coordenação dos BRICS como uma nova perspectiva de relações internacionais, em contraponto à abordagem ocidental de assistência para o desenvolvimento da saúde. Com certa coesão, Kickbusch (2014) acredita que os BRICS tendem a priorizar colaborações bilaterais e multilaterais e estariam menos interessados em fomentar contribuições financeiras para o desenvolvimento da saúde global. Embora o argumento de Kickbusch seja válido e, até o momento, factual, o estabelecimento do Novo Banco de Desenvolvimento (NBD) dos BRICS, em funcionamento a partir de 2015, apresenta-se como oportunidade inexplorada para o financiamento de projetos em saúde. Tal circunstância não seria incongruente com a missão do banco de promover infraestrutura e desenvolvimento sustentável nos BRICS e em países emergentes. Seria necessário, para tanto, devida convergência política na definição de uma agenda comum de temas prioritários de saúde, preferencialmente ratificada por seus chefes de Estado.

Gautier (2014) acredita que o papel dos BRICS na governança da saúde global não deverá ocorrer no âmbito das Nações Unidas, mas em uma estrutura própria de cooperação nos moldes “Sul-Sul”⁶, baseada no compartilhamento de experiências e tecnologias de baixo custo. Callahan e Tytel (2012, p.6), de forma semelhante, afirmam que:

Os BRICS enfatizam a cooperação Sul-Sul e priorizam modelos baseados em programas domésticos e em suas próprias filosofias políticas e sociais. Essa cooperação, frequentemente, inclui o desenvolvimento bilateral de capacidades e infraestrutura e a identificação de lições aprendidas pelos *policymakers* dos BRICS a partir de seus próprios desafios internos (tradução nossa).

Ressalva-se que, contrário ao argumento de Gautier, os ministros da Saúde dos BRICS, durante a VI Reunião de Ministros da Saúde do BRICS, em Tianjin (2017),

⁶ Ressalta-se que os países BRICS possuem percepções distintas e não necessariamente em igual medida sobre esses moldes. Características da cooperação Sul-Sul estariam mais claras nas relações do IBAS, agrupamento que inclui Índia, Brasil e África do Sul (HARMER et al., 2014).

renovaram interesse em atuar de forma mais determinante no âmbito multilateral⁷. Especificamente, os ministros concordaram em:

(...) promover o diálogo entre os países BRICS para avaliar conjuntamente assuntos de interesse comum para participação convergente em foros multilaterais e fortalecer o papel dos países BRICS na governança da saúde global, especialmente na Organização Mundial da Saúde e na Organização das Nações Unidas (CHINA, 2017, tradução nossa).

Trata-se, indubitavelmente, de mensagem contundente dos BRICS sobre sua intenção em explorar sua reconhecida capacidade de exercer influência política regional e global. No campo multilateral mais amplo, esse alinhamento nas reuniões que antecedem os encontros do G20, por exemplo, já tem sido mais expressivo em comparação com acordos prévios entre países que compõem grupos regionais (LIMA, 2015). No âmbito do Grupo de Saúde do G20, estabelecido durante a presidência alemã do G20 (2017), a Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde, como representante do Brasil no Grupo, tem buscado promover a coordenação de posições dos países do BRICS em matérias de interesse comum no domínio da saúde, a exemplo de resistência antimicrobiana, investimento e pesquisa em saúde, emergências de saúde, entre outros temas. Se, de fato, essa concertação se acentuar nos fóruns de saúde, novos arranjos políticos deverão decorrer das negociações multilaterais, para o benefício do fortalecimento das posições tradicionalmente defendidas pelo Brasil nessas matérias.

Além do possível papel de protagonismo na agenda de saúde global, há amplo terreno para intercâmbio de conhecimento sobre políticas de saúde exitosas entre os BRICS (BUSS et al., 2014). Larionova et al. (2014) ressaltam que, “sem evitar a responsabilidade de participação da governança global da saúde, os BRICS dariam maior contribuição para o bem da saúde pública global garantindo sistemas nacionais de saúde eficientes, inovadores e inclusivos”⁸. Efetivamente, mais do que qualquer agrupamento de países, ao promover a melhoria da saúde de seus cidadãos, os BRICS contribuem para o desenvolvimento da saúde global, uma vez que a população dos países do grupo representa, em conjunto, mais de 40% da população mundial.

A percepção capturada pela revisão da literatura apresentada é de que se trata de um grupo protagonista e influente nas discussões multilaterais e, ao mesmo tempo, capaz de promover o desenvolvimento da saúde dos BRICS e de outros países a partir de modelos horizontais de cooperação. Essas possibilidades sugerem amplo escopo de oportunidades de trabalho dentro e fora do grupo.

⁷ O Brasil, por meio da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde do Ministério da Saúde, liderou a proposta de intensificar a concertação política do BRICS nos fóruns multilaterais da saúde.

⁸ Tradução nossa.

3 Fatores de coesão para cooperação em saúde no BRICS

As semelhanças do desenvolvimento econômico verificadas no estudo precursor de Jim O'Neill (2001) acabaram por consolidar o termo BRICS como foro político multissetorial abrangente. Larionova et al. (2014) ressaltam que, de fato, processos socioeconômicos similares dos países BRICS definiram certo padrão de desenvolvimento e desafios comuns de saúde.

Mais de uma década após sua conformação como mecanismo político, há de se ponderar, contudo, sobre as razões que mantêm a unidade do grupo para além do entendimento, quase dogmático, de justificativas baseadas em afinidades exclusivamente econômicas, como se elas, isoladamente, fossem suficientes para sustentar as relações consolidadas nos mais variados setores⁹. Harmer et al. (2014) sugerem, inclusive, a necessidade de estudos que permitam compreensão ontológica que explique a aproximação dos países BRICS e de outros grupos. Há de se reconhecer que os BRICS já não guardam as mesmas características fundamentadas por O'Neill, ultrapassando a dimensão inicial de acrônimo exclusivamente econômico-financeiro (FLÔRES JR., 2015).

Sete anos após a declaração de Sanya, seria natural o encolhimento das discussões políticas no fórum de saúde caso o interesse inicial dos BRICS tivesse se transformado em frustração ao longo do processo de diálogo. No mínimo, as reuniões teriam se tornado *pro forma*, em mero apoio à agenda de chefes de Estado e de Governo. Ao contrário, o diálogo em saúde fortaleceu-se pelos encontros regulares entre representantes de alto nível e avançou no plano prático com o estabelecimento, por exemplo, da Rede de Pesquisa em Tuberculose dos BRICS, como se discorrerá mais adiante.

Convém recordar que o BRICS atua em caráter voluntário e não possui acordos vinculantes, estrutura institucional¹⁰ com secretariado ou fundos fixos dedicados à realização de atividades. Essas propriedades reforçam o interesse espontâneo dos BRICS na concertação política e na cooperação técnica entre seus países, mesmo passada quase uma década desde sua primeira reunião de cúpula¹¹.

⁹ Outros setores que possuem fóruns estabelecidos são: finanças e bancos centrais, ciência e tecnologia, agricultura, meio ambiente e trabalho. Além disso, outros fóruns são regularmente organizados por conselhos de negócios, *think tanks*, parlamentares, seguimentos culturais, entre outros (AYRES, 2017).

¹⁰ Embora não haja estrutura institucional, é curiosa a menção, na Declaração de Pequim resultante da primeira Reunião de Ministros da Saúde do BRICS, em que consta, em seu 9º parágrafo, o seguinte: "(...) we agree to institutionalize, on a permanent basis, the dialogue among Ministers of Health, as well as among Permanent Representatives in Geneva, to follow-up and implement the health related outcome of the BRICS summit" (UNIVERSITY OF TORONTO, 2011). Em sentido parecido, Larionova et al. (2014) utilizam, recorrentemente, o termo "institucionalização", pois a consideram refletida na regularidade dos encontros dos BRICS e em seus produtos decorrentes. *Stricto sensu*, "a primeira instituição com personalidade jurídica própria criada por iniciativa do mecanismo é o Novo Banco de Desenvolvimento" (BAUMANN et al., 2015).

¹¹ A primeira reunião de cúpula do BRICS (à época, denominado "BRIC") realizou-se em Ecatimburgo, na Rússia, em junho de 2009.

A semelhança no percurso de crescimento econômico não seria, portanto, motivação suficiente para a permanência dos esforços de articulação entre os países se não houvesse compatibilidade entre desafios comuns e respectivas oportunidades. Para Larionova et al. (2014), esses desafios estariam relacionados, por exemplo, às iniquidades de acesso e de qualidade de serviços de saúde e à incidência de doenças crônicas não transmissíveis e do HIV/aids. Buss et al. (2014) incluem, ainda, nesse rol, as doenças transmissíveis e o acesso a medicamentos. Aliam-se a esses desafios as dificuldades relacionadas ao déficit de financiamento público da saúde, a complexidade da administração mista público-privada da saúde, as variações demográficas e os determinantes de saúde (MARTEN et al., 2014).

Os desafios comuns dos BRICS são uma base consistente para consolidar a cooperação em benefício de sistemas nacionais de saúde sustentáveis. Podem, portanto, ser tomados como oportunidades para aperfeiçoamento de políticas domésticas em seus respectivos sistemas de saúde, o que poderá ser potencializado pelo diálogo e pela cooperação com os demais países do agrupamento.

Igualmente importante é reconhecer a existência de diferenças retóricas entre os BRICS quando se referem às macroagendas política e diplomática e às dinâmicas socio-culturais que moldaram o conceito peculiar da saúde em cada um dos países. Há, por exemplo, manifestações distintas dos BRICS quando tratam de temas como controle do tabaco e do álcool, saúde mental e alimentação e nutrição (Kickbusch, 2014; Li, 2012 e Shidhaye and Kermode, 2013, apud BUSS et al., 2014). Essas diferenças, contudo, não impedem colaborações. Pelo contrário, deveriam fomentá-las para concepção de modelos inovadores adaptáveis ao contexto de cada um dos países. Para isso, seria necessária flexibilização dos BRICS para que temas aparentemente divergentes fossem incluídos em uma agenda conjunta, se não da perspectiva da concertação política, ao menos no âmbito da cooperação técnica intragrupo.

Mesmo com certo grau de pluralidade, as decisões políticas têm atingido satisfatório nível de consenso. Três principais razões poderiam explicar o interesse dos BRICS na concertação em saúde: (i) a potencial influência e o protagonismo desses países na governança global e regional da saúde; (ii) a eventual consolidação de uma agenda de cooperação conjunta para países em desenvolvimento; (iii) as oportunidades de colaboração técnica e científica entre os países BRICS.

A primeira razão estaria relacionada ao interesse dos países do grupo em refletir seus interesses nacionais soberanos na governança da saúde global como ferramenta de política internacional. Também estaria aliada a fatores de vantagem econômica, estabilidade regional, construção de reputação, altruísmo e consequente projeção regional e internacional (HARMER et al., 2014). Esses ganhos não exigiriam desgaste político ou maiores custos aos países e teriam motivado os governos a estabelecer uma agenda autônoma, inclusive, sem a aparente influência de posições divergentes em suas relações

bilaterais (AYRES, 2017; FLÔRES JR., 2015). A proporção populacional expressiva dos BRICS também configura forte argumento para que o grupo almeje maior representatividade nos fóruns multilaterais. Com relação à suposta projeção regional, há entendimentos controversos quanto à capacidade de o grupo fazer uso de influência política ou transmitir, ao menos na atual conjuntura, benefícios gerados por suas colaborações na ótica da integração regional¹².

A segunda razão relacionada seria, justamente, a capacidade do BRICS de convergir esforços para prover soluções e modelos de tecnologia e inovação custo-efetivas para países em desenvolvimento. A esse respeito, a ex-diretora geral da OMS, Margareth Chan, durante a primeira Reunião de Ministros da Saúde do BRICS, ressaltou a capacidade industrial dos BRICS para produção farmacêutica, de vacinas e de tecnologia de saúde, inclusive para exportação (OMS, 2011). Esse papel seria improvável no atual estágio do BRICS, embora naturalmente possível no longo prazo. As colaborações individuais deverão seguir na agenda de cooperação de cada país, com potencial de evolução para cooperações conjuntas em um contexto de processo evolutivo dos mecanismos de diálogo ou efetiva institucionalização¹³ do grupo direcionada a esse propósito.

A terceira razão estaria relacionada à motivação baseada em oportunidades de colaboração técnica e científica entre os BRICS, especialmente em razão da capacidade produtiva dos países. Restaria, contudo, melhor definição da agenda comum para esse escopo de atuação.

Em teoria, os comunicados conjuntos resultantes das reuniões de ministros da Saúde do BRICS atenderiam ao objetivo de destacar temas e ações prioritárias. Entretanto, embora reforcem a vontade política para concertação, eles não têm acionado mobilização operativa em torno dos temas destacados. Essa inconsistência remete, novamente, à reflexão sobre eventual necessidade de institucionalização que permita, ao mesmo tempo, a organização da agenda executiva e a preservação da fluidez de diálogo, característica no grupo.

Admitindo resistência natural e compreensível para o referido processo de institucionalização, solução razoável seria a adoção de documentos de trabalho definidos com base nas decisões políticas e, sobretudo, a convergência para estabelecer mecanismos flexíveis e eficientes de acompanhamento das atividades planejadas. Esforço

¹² Os desafios excederiam a agenda de saúde no grupo e seriam relacionados a divergências geopolíticas, como, por exemplo, no caso da Índia com países da Ásia meridional, como Paquistão e Bangladesh (FLÔRES JR., 2015). Por outro lado, Baumann (2015) ressalta que a própria inclusão da África do Sul no então BRIC seria uma tentativa de promover maior contato do grupo com outros países africanos. Não à toa, o primeiro escritório do NBD está sediado na África do Sul, com vistas ao potencial financiamento de projetos a países em desenvolvimento no continente.

¹³ A institucionalização do BRICS é tema controverso. Para Flôres Jr. (p. 149, 2015), por exemplo, “esforços de institucionalização mais vigorosa podem comprometer a flexibilidade e as boas relações, terminando por enfraquecer, quando pretendiam o contrário, a coesão”. Abdenur e Folly (2015) oferecem discussão consistente sobre possíveis efeitos de plataforma normativa e burocrática do BRICS com base na concepção do NBD.

anterior seria o de garantir mudança estrutural no *status quo*, em busca de interlocução que promova coerência e conexão entre as agendas política e técnica.

Não se pode desprezar o empenho em busca de solução nesse sentido. Exemplo disso foi o estabelecimento dos grupos de trabalho temáticos coordenados por cada um dos países¹⁴ logo na primeira Reunião de Ministros da Saúde do BRICS, em Pequim, em 2011. Destacou-se, ainda, a adoção, em 2013, do *BRICS Framework for Collaboration on Strategic Projects in Health* e do *Monitoring Framework*¹⁵ com o objetivo de acompanhar o progresso dos países em direção à cobertura universal de saúde. Apesar dos esforços, as referências elaboradas para orientar as colaborações acabaram descontinuadas, ainda que os temas sigam em evidência nas discussões multilaterais e sejam cada vez mais relevantes para os BRICS individualmente.

É importante ressaltar que os argumentos não ensejam a definição de uma nova estrutura de governança de saúde, uma vez que esse papel cabe à Organização Mundial da Saúde, mas sim o intuito de coordenação de uma agenda de interesses comuns dos BRICS que resulte em colaborações práticas, em conformidade com diretrizes globais definidas, de maneira representativa, no âmbito da OMS.

4 Da concertação política à conformação técnica: o caso da Rede de Pesquisa em Tuberculose do BRICS

Em que pese a falta de evidências históricas, a coordenação político-técnica dos BRICS é não só viável, mas também promissora. Exemplo tangível foi o estabelecimento da Rede de Pesquisa em Tuberculose do BRICS em 2017.

Seria equívoco afirmar que as negociações para a concepção da rede tenham sido fáceis e homogêneas, mas tampouco foram tensas ou problemáticas. Como qualquer processo de diálogo multilateral, há de se acomodar óticas e interesses distintos em torno de objetivos comuns. Isso é possível quando prioridades convergentes são materializadas em uma agenda comum.

Ainda que seja prematuro afirmar que o processo de construção da rede seja modelo para ações futuras do BRICS, é relevante refletir sobre o percurso realizado para sua concepção, que, decerto, é uma das atividades mais tangíveis do grupo na área da saúde. Em termos gerais, sua concepção permeou etapas fundamentais de identificação de matéria de interesse mútuo, convergência política para ação definida em prazo determinado, estabelecimento de marco de trabalho e coordenação técnico-executiva. Ressalta-se, ao longo desse percurso, a liderança brasileira na interlocução com de-

¹⁴ Brasil: GT estratégias de saúde para doenças transmissíveis; Rússia: GT de tecnologias médicas; Índia: GT de vigilância sanitária; China: GT de descoberta e desenvolvimento de novas drogas; África do Sul: GT de fatores de risco de doenças não transmissíveis, prevenção e cobertura universal (UNIVERSITY OF TORONTO, 2011).

¹⁵ Communiqué of the III Meeting of BRICS Health Ministers (BRASIL, 2013).

mais governos dos BRICS, por meio da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, com o apoio da Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde.

A identificação da tuberculose como tema de interesse comum não foi baseada no benefício de um único país do BRICS, tampouco foi motivada por ganhos financeiros ou viabilizada para acomodar ativos em outros setores. Trata-se de enfermidade que apresenta, estatisticamente, preocupação significativa para todos os países BRICS.

O Relatório Global sobre a Tuberculose da OMS (2017) informa que quase 50% de todos os casos estimados da doença estejam nos BRICS. A carga da tuberculose é tão significativa no grupo que boa parte da análise comparativa apresentada no referido relatório da OMS é entre dois grupos distintos: “países BRICS” e “países fora do BRICS”. Enquanto China, Rússia e Índia são fortemente acometidas pelos casos de tuberculose resistente¹⁶, o Brasil ainda precisa aperfeiçoar estratégias para prevenir o abandono do tratamento da tuberculose e mitigar as diferenças regionais de incidência da doença (BRASIL, 2017).

Se os desafios são robustos, as capacidades de pesquisa, financiamento¹⁷ e resposta¹⁸ também são significativas, o que reforça a importância da agenda de cooperação intraBRICS para o combate à doença. Os cinco países possuem conhecimento e tecnologias que, combinados, são capazes de promover impacto significativo no enfrentamento da doença em nível global.

A convergência política em torno do tema evidenciou-se em 2014, quando os ministros da Saúde dos BRICS aprovaram o desenvolvimento de um Plano de Cooperação em Tuberculose. Em 2015, apesar dos poucos avanços¹⁹, os ministros reiteraram a importância da concepção do Plano, que seria adotado durante a VI Reunião de Ministros da Saúde, em Nova Delhi, em 2016. No ano seguinte, os ministros da Saúde anunciaram que a primeira atividade do Plano de Cooperação do BRICS seria o estabelecimento da Rede de Pesquisa em Tuberculose²⁰. O Brasil teve papel primordial para o desenvolvimento dessas tratativas. A Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde

¹⁶ China, Rússia e Índia contabilizaram 45% do total de casos de tuberculose resistente no mundo em 2016 (STOP TB PARTNERSHIP, 2016).

¹⁷ Os BRICS foram responsáveis por 46% do financiamento total para enfrentamento da tuberculose no mundo em 2017. Desses recursos, 95% foram provenientes de fontes domésticas (OMS, 2017).

¹⁸ O Brasil é referência para tratamento de tuberculose sensível aliado a políticas de proteção social, enquanto Índia e China possuem grande capacidade de produção de medicamentos. A África do Sul possui experiência exitosa para controle de coinfeção TB/HIV, e a Rússia tem expandido sua capacidade de diagnóstico nos últimos anos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2014).

¹⁹ Em 2015, O Brasil sediou, em Brasília, a única reunião técnica com representantes dos BRICS para discussão preliminar sobre o Plano de Cooperação em Tuberculose do BRICS. Em 2016, há de se ressaltar a insistência do Brasil em retomar a agenda política e o *momentum* favorável para a discussão, tendo em vista a realização da I Conferência Ministerial Global da OMS sobre Tuberculose em Moscou, em 2017.

²⁰ Conforme refletido nos comunicados conjuntos da IV, V, VI e VII Reuniões de Ministros da Saúde do BRICS (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015; BRASIL, 2016; CHINA, 2017).

manteve o diálogo em voga, propondo menção destacada ao tema nos comunicados conjuntos aprovados, e apresentou as propostas base do Plano de Cooperação e da Rede de Tuberculose do BRICS.

Dois aspectos sobre esse processo de concertação política merecem evidência. Primeiramente, embora tenha sido clara a liderança do governo brasileiro na proposição da agenda, ela provavelmente não prosperaria se não houvesse adesão dos demais países em virtude da motivação, em maior ou menor medida, pelas razões já apresentadas. Em segundo lugar, os BRICS mantiveram coerência em sua ação nessa temática, ao conectar posições políticas específicas entre as Declarações de Brasília, Moscou, Nova Delhi e Tianjin, quando, respectivamente, declararam intenção de concepção do Plano, reiteraram interesse na manutenção de esforços para seu desenvolvimento, aprovaram-no e definiram atividade específica em seu escopo. Há de se diferenciar esse tipo de linguagem orientada à reação técnico-prática dos governos das referências gerais de concertação política que informam sobre posição coletiva, mas não sugerem, necessariamente, o desenvolvimento de colaborações intragrupo.

A partir da concertação política, o BRICS avançou na definição de marco de trabalho e coordenação técnica executiva, motivado, novamente, por iniciativa brasileira. Para tanto, realizou o primeiro encontro da Rede de Pesquisa de Tuberculose do BRICS no Rio de Janeiro, em setembro de 2017. O encontro contou com participação de representantes de governo e da academia de todos os países BRICS e representantes da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da OMS. Os participantes definiram, por meio de termo de referência, os mecanismos de funcionamento e o cronograma de atividades da Rede (BRASIL, 2017). O segundo encontro da Rede ocorreu pouco mais de três meses depois, em Moscou, ocasião em que se discutiram prioridades de ação dos BRICS, a exemplo de pesquisas para diagnóstico oportuno.

Sobre o desenvolvimento da colaboração em seu caráter técnico, alguns elementos merecem destaque. Não bastasse a instrução política, os BRICS prepararam terreno para a operacionalização da Rede. A elaboração do termo de referência sobre seu funcionamento, ainda que não represente documento constitutivo nem gere obrigações entre os participantes, possibilitou coordenação dos esforços para organizar as estratégias e as atividades a serem desenvolvidas. Mais do que isso, sua concepção conjunta promoveu sentido de pertencimento e responsabilidade coletiva dos BRICS em relação a essa agenda. Abordagens desse tipo podem representar um equilíbrio entre a rigidez da institucionalização, em seu sentido estrito, e o mero caráter declaratório que dispensa o cumprimento de atividades pelos BRICS.

Chama atenção, ainda, o fato de que todos os países enviaram representantes de governo e academia ao Brasil para a primeira reunião da Rede, o que desafia o argumento de que o distanciamento geográfico impõe barreiras à cooperação entre os BRICS, quando consumado interesse mútuo para colaboração. A participação da OPAS

e da OMS também é representativa, pois reforça a devida consideração dos BRICS aos esforços multilaterais da saúde global. A atuação brasileira pelas frentes política e técnica, lideradas, respectivamente, pela Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde e pelo Programa Nacional de Combate à Tuberculose do Ministério da Saúde do Brasil, foram preponderantes para a mobilização de suas contrapartes nos demais países do BRICS.

Outros desenvolvimentos positivos desdobraram-se do plano técnico ao político na agenda de enfrentamento à tuberculose. A Rede de Pesquisa em Tuberculose dos BRICS foi formalmente apresentada à comunidade internacional durante a I Conferência Ministerial Global da OMS sobre Tuberculose, realizada em Moscou, em novembro de 2017, e foi abordada durante a primeira reunião do Grupo de Trabalho em Biotecnologia e Biomedicina (BIOMED) do BRICS²¹, reforçando seu caráter intersetorial. A aproximação dos interlocutores em torno do tema levou, ainda, à iniciativa inédita de concertação entre os governos dos BRICS para realização de intervenção conjunta sobre tuberculose, que foi proferida pelo Brasil durante a 142ª sessão do Conselho Executivo da OMS, realizada em Genebra, em janeiro de 2018 (BRASIL, 2018). Em maio de 2018, a África do Sul também proferiu, na 71ª Assembleia Mundial da Saúde, o primeiro discurso em nome dos BRICS realizado na plenária da OMS. No futuro próximo, prospectam-se novas iniciativas de concertação política e cooperação que possam aprofundar os entendimentos dos BRICS em matéria de saúde e reforçar o reconhecimento do mecanismo como ator indispensável na saúde global.

5 Considerações finais

A expectativa gerada em torno da capacidade econômica e produtiva para a saúde global do BRICS mantém-se vívida na comunidade internacional. O grupo, contudo, precisa transformar a retórica política em colaborações práticas que comprovem seu potencial. As palavras do líder chinês, Xi Jinping, poderiam representar essa missão do grupo: “BRICS *is not a talking shop, but a task force that gets things done*”²².

Premissa para a cooperação do BRICS é a indissociabilidade entre saúde global e saúde doméstica, justificada pelo simples fato de concentrarem proporção demográfica equivalente a quase a metade da população mundial. Tal premissa, por dedução, reforça a necessidade da cooperação intragrupo que aproveite capacidades complementares para mitigar desafios comuns.

²¹ O grupo de trabalho é parte da agenda ministerial do setor de ciência e tecnologia dos países. No Brasil, ela é coordenada pelo Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações.

²² “O BRICS não é um lugar de conversas, mas uma força-tarefa que põe as coisas em prática” (tradução nossa). Discurso proferido na cerimônia de abertura do *BRICS Business Fórum* (BRICS, 2017).

O BRICS também possui capacidade para o desenvolvimento de uma agenda comum para cooperação em saúde voltada a países em desenvolvimento. A percepção, contudo, é que esse tipo de colaboração careceria de um processo de desenvolvimento dos mecanismos de diálogo do grupo, o que poderá ser objeto de aprofundamentos futuros.

No que se refere à concertação política, há demonstração clara de interesse do BRICS em atuar de forma mais incisiva na governança da saúde global, conforme expressado no comunicado conjunto de Tianjin, em 2017. Sinal positivo nesse sentido foi a realização, pela primeira vez, de intervenções conjuntas do BRICS na 142ª sessão do Conselho Executivo da OMS, em janeiro de 2018, e na 71ª sessão da Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2018. Essa articulação deverá ser mais recorrente e, certamente, influenciará as decisões tomadas nos foros multilaterais da saúde.

As reuniões de ministros da Saúde, embora possam sinalizar posicionamento coletivo abrangente no mais alto nível político, não foram concebidas com propósito de promover consensos temáticos específicos a serem expressados nos foros multilaterais, nem parecem dispor de forma e tempo para esse objetivo até o presente momento. Esses esforços exigiriam mecanismos adicionais de interlocução regular entre os Ministérios da Saúde e as missões dos países junto à Organização das Nações Unidas e à OMS.

Processos de institucionalização seguirão permeando as discussões sobre o funcionamento do BRICS. O que se constata é que seu caráter voluntário permite fluidez nas tratativas, o que não deveria desonerar a realização dos compromissos anunciados. Para além de expressar concertação política, as declarações conjuntas decorrentes das reuniões ministeriais do BRICS deveriam estar vinculadas à realização de atividades tangíveis. Se as declarações se restringem à concertação política, outros marcos de ação deveriam ser concebidos para tal objetivo. Não bastaria informar posição conjunta se a intenção também é promover colaborações técnicas entre os países.

No que se refere à interlocução brasileira nos temas de saúde no âmbito do BRICS, a Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde tem cumprido importante papel na identificação de áreas e temas passíveis de ação conjunta, tanto em agendas de cooperação quanto em temas de atuação multilateral. Cabe à Assessoria, em constante articulação com as demais áreas do Ministério da Saúde, promover e engajar o envolvimento crescente do Brasil com os países BRICS na área de saúde, com vistas a avançar interesses comuns nessa agenda.

A Rede de Pesquisa em Tuberculose do BRICS é exemplo nesse sentido. Foi a única atividade constatada por este estudo que apresentou coerência entre decisão política e conformação técnica. Fatores para o êxito estão relacionados à identificação de problema comum, à concertação política sustentada no tempo e à construção conjunta de mecanismos operacionais, o que gerou sentido de pertencimento coletivo da iniciativa pelo BRICS.

Igualmente necessário é valorizar o histórico das relações dos BRICS, sem desprezar as decisões tomadas previamente. É preciso refletir sobre meios de monitoramento dos compromissos e das atividades por princípios de coerência e continuidade que reafirmem a credibilidade do processo decisório e executivo do grupo. As reuniões de altos funcionários, que geralmente antecedem os encontros de ministros, poderiam ser aproveitadas para esse propósito.

Por fim, conclui-se que, antes de tudo, é fundamental promover mudança estrutural no diálogo do BRICS, que, durante algum tempo, delineou-se por certo grau de automatismo. É preciso, nessa perspectiva, dar novo sentido ao multilateralismo do BRICS e distingui-lo do multilateralismo das Nações Unidas ou mesmo do Mercosul ou de outros grupos regionais. O BRICS é um mecanismo único, capaz de promover melhorias na saúde de seus países e no mundo e, ao mesmo tempo, exercer significativa influência na governança global da saúde com base em interesses, se não homogêneos, compatíveis. Com base nos últimos eventos, o cenário é promissor.

Referências

- ABDENUR, A.E; FOLLY M. O Novo Banco de Desenvolvimento e a Institucionalização do BRICS. In: BAUMANN et al. **BRICS: estudos e documentos**. Brasília: FUNAG, 2015. p. 79-114.
- AYRES, A. **How the BRICS Got Here**. Ago. 2017. Disponível em: <<https://www.cfr.org/expert-brief/how-brics-got-here>>. Acesso em: 08 jan. 2018.
- BAUMANN, R. BRICS: Oportunidade e Desafio para a Inserção Internacional do Brasil. In: BAUMANN et al. **BRICS: estudos e documentos**. Brasília: FUNAG, 2015. p. 21-54.
- BBC. **Ideia dos Brics ‘perdura’, mas Brasil e Rússia foram ‘grandes decepções’, diz criador dos Brics**. Disponível em: <<http://www.bbc.com/portuguese/brasil-41115872>>. Acesso em: 04 jan. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Communiqué of the IV Meeting of BRICS Health Ministers**. Dez. 2014. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/17/Joint-Communiqu---FINAL---ENGLISH-05.12.14.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2018.
- _____. **BRICS defendem ação conjunta de enfrentamento à tuberculose em reunião da OMS**. Jan. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42407-brics-defendem-acao-conjunta-de-enfrentamento-a-tuberculose-em-reuniao-da-oms>>. Acesso em: 26 jan. 2018.
- _____. **BRICS realizam 1º Encontro da Rede de Pesquisa de Tuberculose**. Set. 2017. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/aisa/noticias-aisa/29582-brics-realizam-1-encontro-da-rede-de-pesquisa-de-tuberculose>>. Acesso em: 25 jan. 2018.
- _____. Ministério das Relações Exteriores. **VI Meeting of BRICS Health Ministers**. Dez. 2016. Disponível em: <<http://brics.itamaraty.gov.br/press-releases/2-sem-categoria/269-vi-meeting-of-brics-health-ministers-new-delhi-2016>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

_____. **BRICS Health Ministers' Meeting: Moscow Declaration**. Out. 2015. Disponível em: <<http://brics.itamaraty.gov.br/imagens/Health%20Declaration%202015.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

_____. **Communiqué of the III Meeting of BRICS Health Ministers**. Nov. 2013. Disponível em: <<http://brics.itamaraty.gov.br/press-releases/21-documents/186-communiqué-of-the-iii-meeting-of-health-ministers>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

_____. **Manual de redação oficial e diplomática do Itamaraty**. 2016. Disponível em: <Itamaraty.gov.br>. Acesso em: 25 abr. 2018.

BRICS. **Full text of President Xi's speech at opening ceremony of BRICS Business Forum**. Set. 2017. Disponível em: <https://www.brics2017.org/English/Headlines/201709/t20170904_1887.html>. Acesso em: 23 jan. 2018.

BUSS, P.M.; FERREIRA, J.R.; HOIRISCH, C. Health and development in BRICS countries. In: Universidade de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 2, jun. 2014.. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000200004>>. Acesso em: 05 jan. 2018.

CALLAHAN, K.; TYTEL, B. **Shifting paradigm: how the BRICS are reshaping global health and development**. New York: Global Health Strategies Initiative, 2012.

CHINA. Comissão Nacional de Saúde e Planejamento Familiar. **Tianjin Communiqué of BRICS Health Ministers Meeting**. Jul. 2017. Disponível em: <http://en.nhfpc.gov.cn/2017-07/17/c_71977.htm>. Acesso em: 12 jan. 2018.

FLÔRES JR., R. G. BRICS: Abordagens a um Processo Dinâmico. In: BAUMANN et al. **BRICS: estudos e documentos**. Brasília: FUNAG, 2015. p. 138-154.

GAUTIER, L. **BRICS countries' in the post-2015 health debate: state of play**. Jun. 2014. Disponível em: <<http://www.internationalhealthpolicies.org/brics-countries-in-the-post-2015-health-debate-state-of-play/>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

HARMER, A. et al. **'BRICS without straw'? A systematic literature review of newly emerging economies' influence in global health**. Abr. 2013. Disponível em: <<https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-8603-9-15>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

INSTITUTE OF MEDICINE. Board on Health Sciences Policy. Forum on Drug Discovery, Development, and Translation. **The Challenges and Opportunities for the BRICS Countries to Lead**. Fev. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK195960/>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

KICKBUSCH, I. BRICS' contributions to the global health agenda. In: Organização Mundial da Saúde (OMS). **Bulletin of the World Health Organization**. Volume 92, Number 6, June 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/92/6/13-127944.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2018.

LARIONOVA, M. et al. BRICS: Emergence of Health Agenda. In **International Organisations Research Journal (IORJ)** Vol. 9. Nº 4. Dez. 2014. Disponível em: <<http://ssrn.com/abstract=2542955>>. Acesso em: 22 dez.2017.

LIMA, S. E. M. Apresentação. In: BAUMANN et al. **BRICS: estudos e documentos**. Brasília: FUNAG, 2015. p. 5-9.

MARTEN, R. et al. **An assessment of progress towards universal health coverage in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS)**. Abr. 2014. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60075-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60075-1/fulltext)>. Acesso em: 15 jan. 2018.

O'NEILL, J. **Global Economics Paper nº 66**. Building Better Global Economic BRICs. Nova Iorque: Goldman Sachs, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **BRICS Health and WHO Country Presence Profile**. 2017. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255800/1/WHO-CCU-17.05-eng.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

_____. BRICS and global Health. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 92, n. 6, p. 385-464. Jun. 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/92/6/en/>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. **Global Tuberculosis Report 2017**. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259366/1/9789241565516-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

_____. **WHO Director-General addresses first meeting of BRICS health ministers**. Jul. 2011. Disponível em: <http://www.who.int/dg/speeches/2011/BRICS_20110711/en/>. Acesso em: 23 dez. 2017.

STOP TB PARTNERSHIP. **MSF and Stop TB Partnership urge further action to address TB crisis at BRICS health meeting**. Dez. 2016. Disponível em: <http://www.stoptb.org/news/stories/2016/ns16_061.asp>. Acesso em: 16 jan. 2018.

STUENKEL, O. **BRICS: What's in it for Brazil?**. Disponível em: <<http://www.postwesternworld.com/2012/04/29/brics-whats-in-it-for-brazil/>>. Acesso em: 08 jan. 2017.

UNIVERSITY OF TORONTO. **BRICS Health Ministers' Meeting: Beijing Declaration**. Jul. 2011. Disponível em: <<http://www.brics.utoronto.ca/docs/110711-health.html>>. Acesso em: 16 jan. 2018.

Brasil e China: cooperação em saúde e perspectivas

Mariana Darvenne¹

Resumo

O presente artigo apresenta breve descritivo das políticas públicas de saúde na China, faz um resgate das relações bilaterais entre Brasil e China, com destaque para a área de saúde, e, por fim, destaca a importância do diálogo sino-brasileiro no âmbito do BRICS e suas perspectivas para o avanço dos interesses bilaterais no domínio da saúde.

O estudo constata que a relação com a China na área da saúde tem avançado de maneira gradativa na última década, fortalecendo-se a partir da criação da Subcomissão de Saúde da Comissão Sino-Brasileira de Alto Nível de Concertação e Cooperação (COSBAN). No entanto, apesar de o entendimento político-diplomático ser fluido e de se terem registrado recentes avanços no diálogo político bilateral, verifica-se que a cooperação em saúde tem potenciais ainda inexplorados, com possíveis benefícios mútuos a ambos os parceiros. Este artigo analisa os desafios que dificultam a cooperação nessa matéria e traça sua perspectiva para os próximos anos.

Palavras-chave: China. Política externa. Relações Brasil-China. Cooperação internacional. Saúde.

1 Introdução

Nas últimas décadas, paralelamente ao crescimento expressivo de seu peso econômico, a China vem ampliando sua presença política no mundo. Isso tem se refletido não apenas na participação cada vez mais ativa nos debates sobre grandes temas globais, na defesa da reforma da governança mundial e na multiplicação de canais de consultas políticas com outros países, mas também na expansão de seu engajamento com a cooperação internacional.

Em 1980, a China ocupava a décima posição no ranking das maiores economias mundiais, atrás de, entre outros, Estados Unidos, União Soviética, França, Brasil e Índia. Pouco depois de duas décadas, a China passou a ocupar o posto de segunda maior economia mundial em termos nominais e maior economia global em paridade do poder de compra² (BANCO MUNDIAL, 2018a).

¹ Graduada em Relações Internacionais, especialista em Ciências Políticas pela Universidade de Montreal e especialista em Cooperação Internacional pela Universidade de Montreal.

² A metodologia de cálculo do produto interno bruto de um país em termos de paridade do poder de compra (PPP, na sigla em inglês) usa como referência os preços médios nas economias e avalia a relação entre os preços domésticos

Em tese sobre a emergência do tratamento de temas sociais, e particularmente da saúde, na agenda da diplomacia brasileira (RUBARTH, 1998), Ernesto Otto Rubarth³ fez menção à cooperação internacional em saúde com os chamados “novos parceiros”, Rússia, Índia e China (RUBARTH, 1999, pp. 217-223), como episódio emblemático do novo papel desempenhado pelos temas sociais na política externa brasileira. No final da década de 1990, a China ainda emergia, de maneira progressiva, como eminente polo de poder político e econômico no mundo em desenvolvimento. Vinte anos depois, as transformações verificadas tanto na ordem internacional quanto na dinâmica de ação interna e externa da China alçaram o país à condição de ator global inconteste e parceiro fundamental do Brasil no plano internacional. O presente artigo visa a analisar os desafios e os potenciais do relacionamento entre o Brasil e a China no domínio da saúde. Vinte anos depois da tese de Rubarth, cabe questionar se a China já teria superado a condição de “novo parceiro” na área da saúde para o Brasil, ou se os resultados concretos desse relacionamento ainda estariam aquém de suas potencialidades. O presente artigo tem o objetivo de elencar informações que, ainda que não respondam a esse questionamento – o que, por sua complexidade, exigiria mais análises aprofundadas cujo escopo escapa ao propósito deste texto –, permitam aportar elementos introdutórios ao debate sobre essa questão.

País mais populoso do mundo, com 1,37 bilhão de habitantes (BANCO MUNDIAL, 2018b), a República Popular da China tem se destacado, ao longo das últimas quatro décadas, pelo robusto e sustentado crescimento econômico registrado após a implantação das reformas iniciadas por Deng Xiaoping em 1978, com taxas médias de crescimento real de cerca de 10% anualmente nesse período, caso singular na história econômica moderna. Ao combinar taxas expressivas de crescimento real da economia com o tamanho demográfico e econômico do país, a China passou da condição de décima economia do mundo em 1980, o equivalente menos de 10% do produto interno bruto (PIB) dos Estados Unidos da América naquele ano – e menor, inclusive, que o PIB brasileiro, não colocado no *ranking* global de economias em 1980 –, para a segunda economia global em 2010, ultrapassando a economia japonesa. Em 2017, o PIB nominal chinês representou mais de 60% do produto norte-americano (NONNENBERG, 2010; FMI, 2018). De acordo com dados do Fundo Monetário Internacional (FMI), a China passou a ser, em 2014, a maior economia do mundo em termos de PIB por paridade do poder de compra, alcançando posição que era ocupada pelos Estados Unidos desde 1872, e deverá ultrapassar o PIB nominal norte-americano antes de 2030 (BARBOSA, 2017).

e os preços internacionais.

³ Ernesto Otto Rubarth, diplomata, foi chefe da Assessoria de Assuntos Especiais de Saúde (AESAs) de 1995 a 1998. Foi o primeiro diplomata a chefiar a unidade responsável por temas internacionais no Ministério da Saúde.

As relações governamentais entre o Brasil e a China em temas de saúde decorrem de iniciativas relativamente recentes. A formalização do relacionamento bilateral na área da saúde deu-se em 2011, com a assinatura do Plano de Ação Conjunta de Saúde. Apesar disso, os dois países têm histórico de aproximação bilateral na área de saúde que data da década de 1980, ao amparo do Acordo de Cooperação Científica e Tecnológica, assinado em 1982. Ao longo da década de 1990, houve tentativas esporádicas e pouco sistemáticas de aproximação bilateral em saúde (RUBARTH, 1998). A partir do início da década de 2000, o relacionamento Brasil-China no domínio da saúde ampliou-se e ganhou maior institucionalidade. Mais recentemente, as relações bilaterais na área de saúde fortaleceram-se com o estabelecimento, em 2015, da Subcomissão de Saúde no âmbito da Comissão Sino-Brasileira de Alto Nível de Concertação e Cooperação (COSBAN). A primeira reunião da Subcomissão de Saúde da COSBAN foi realizada em São Paulo, em novembro de 2017.

Neste artigo, será analisada, brevemente, a situação da saúde na China. Depois, será apresentada a relação bilateral sino-brasileira de modo mais geral, e, em seguida, será dado destaque específico à relação na área da saúde. Por fim, serão analisados os desafios e as perspectivas dessa cooperação.

2 A saúde na China: breve análise

Desde a criação da República Popular da China, em 1949, o governo chinês tem trabalhado para garantir o acesso a cuidados de saúde para sua população. A Lei de Seguro Social da China atualmente em vigor foi formalmente promulgada em julho de 2011 e inclui três planos básicos de seguro médico: o Seguro Médico Básico de Trabalhador Urbano (UEBMI), o Seguro Médico Básico de Residente Urbano (URBMI) e o Novo Regime Cooperativo Médico Rural (NRCMS). A transição do sistema de saúde chinês para uma cobertura universal foi gradativa e pode ser dividida em quatro fases (SUN, 2017).

A primeira, de 1949 a 1983, focou no estabelecimento de um Sistema Médico Cooperativo Rural nas zonas rurais, no qual os médicos que trabalhavam em pequenas comunidades providenciavam serviços básicos de saúde. Em zonas urbanas, as pessoas que trabalhavam no governo ou em empresas privadas tinham a maioria de suas despesas médicas pagas pelos respectivos empregadores. No final dos anos 1970, o sistema de cooperativas médicas colapsou após as reformas econômicas na China, deixando a maior parte da população rural sem cuidados de saúde.

Na segunda fase, de 1984 a 2002, os chineses que viviam em zonas urbanas foram afetados pelo contexto de crise econômica, de modo que, em 1999, somente 49% das pessoas que viviam eram cobertas por alguma forma de seguro de saúde, contra dois terços da população em 1993. Durante a crise, a assistência médica gratuita para os tra-

balhadores urbanos tornou-se economicamente inviável tanto para o governo quanto para as empresas, que exigiam a reforma do sistema. Em 1994, o Conselho de Estado publicou uma decisão sobre o estabelecimento de um sistema de seguro médico básico que proporcionaria a todos os funcionários urbanos um seguro médico financiado por meio de uma combinação de recursos públicos ou privados (o que dependia do fato de a pessoa ser contratada pelo governo ou por uma empresa privada) e recursos individuais. A Lei do Seguro Social, aplicada pelo Ministério de Recursos Humanos e Segurança Social, estipula que todas as empresas e funcionários devem participar do Seguro Médico Básico de Trabalhador Urbano (UEBMI).

A terceira fase começou entre 2002 e 2003, quando o Comitê Central do Partido Comunista da China e o Conselho de Estado, buscando fortalecer ainda mais os cuidados de saúde rurais, criaram o Novo Regime Cooperativo Médico Rural (NRCMS), administrado pelo Ministério da Saúde. No final de 2011, o programa contava com 832 milhões de beneficiários, e a taxa de cobertura era superior a 95%. O financiamento desse programa é obtido por meio de uma combinação de contribuições individuais, apoio financeiro de empresas coletivas e subsídios do governo.

Em 2007, o Conselho de Estado publicou um parecer sobre a realização de estudos-piloto de um esquema de Seguro Médico Básico de Residente Urbano (URBMI), que foi implementado em todo o país em 2009. O URBMI é administrado pelo Ministério de Recursos Humanos e Segurança Social e cobre os residentes urbanos que não são assegurados pela UEBMI, incluindo estudantes do ensino básico e primário, crianças, adolescentes, idosos e outros grupos que necessitem de ajuda social. De acordo com estatísticas publicadas pelo Ministério de Recursos Humanos e Segurança Social, o total de participantes nesse esquema passou de 43 milhões em 2007 para 221 milhões em 2011.

Por fim, a quarta fase da formação do atual sistema de saúde chinês iniciou-se em 2009, quando o Comitê Central do Partido Comunista Chinês e o Conselho de Estado publicaram um conjunto de diretrizes sobre a reforma do sistema médico e farmacêutico, juntamente com um aviso do Conselho de Estado sobre um plano de implementação para promover reformas no período entre 2009 e 2011. As cinco principais ações propostas foram: (1) aceleração do estabelecimento de um sistema básico de seguro de saúde; (2) estabelecimento preliminar de um sistema nacional de medicamentos essenciais; (3) melhoria dos serviços de atenção primária à saúde; (4) melhoria constante do acesso aos serviços básicos de saúde pública; e (5) maior expansão dos serviços públicos hospitalares. Nesse período, o governo central investiu US\$ 65,2 milhões em unidades de saúde em todo o país, quantia maior do que a soma de todos os investimentos feitos pelo governo chinês nos trinta anos anteriores, desde as reformas econômicas do final da década de 1970. Em 2011, o governo anunciou sua intenção de aumentar os investimentos no setor para US\$ 175 bilhões para um plano de três anos. Em 2009, o

governo chinês também passou a implementar um sistema de reembolsos para atendimento ambulatorial dos NRCMS e URBMI. Além disso, os copagamentos individuais para atendimento ambulatorial e hospitalar foram reduzidos significativamente.

Em geral, os cuidados de saúde na China são administrados por meio de três sistemas: hospitais, unidades de cuidados de saúde primários e instituições de saúde pública. Dados oficiais indicam que, em 2011, a China tinha um total de 21.979 hospitais, incluindo 14.328 hospitais gerais (65,2%), 2.831 hospitais de medicina tradicional chinesa (12,9%) e 4.283 hospitais especiais (19,5%). A maioria dos hospitais são públicos (13.539 em 2011, correspondentes a 61,6%), e havia 8.440 hospitais privados no ano (38,4% do total).

O panorama da saúde na China apresenta desafios complexos relacionados não apenas ao tamanho de sua população, mas também às disparidades internas devidas a questões sociais, geográficas, econômicas e políticas. Atualmente, 57,9% da população chinesa vive em áreas urbanas, com um crescimento anual estimado da urbanização de 2,3% entre 2015 e 2020 (OMS, 2018). A expectativa de vida ao nascer passou de 35 anos, em 1949, para 75,7 anos, em 2017, e a mortalidade infantil caiu de 300 mortes por mil nascidos vivos, em 1950, para doze por mil, em 2017. A mortalidade materna caiu de 80, em 1991, para 25, em 2012, por 100.000 nascidos vivos e a mortalidade neonatal caiu, no mesmo período de 33 para 7 por 1000 nascidos vivos (BANCO MUNDIAL, 2018a; BANCO MUNDIAL, 2018b).

Apesar dos avanços significativos na saúde e da construção de instalações médicas de alto nível, o país lida com problemas emergentes de saúde pública, como doenças infecciosas, como o HIV/aids, e doenças crônicas, com destaque para o crescimento da obesidade entre os jovens que vivem em zonas urbanas. Além disso, tem-se registrado aumento significativo de casos de doenças respiratórias causadas pela poluição do ar e da água e pelo tabagismo, vitimando cerca de 760 mil pessoas por ano. Desde 2007, a China ultrapassou os Estados Unidos como o maior emissor mundial de dióxido de carbono, e, atualmente, cerca de 90% das cidades chinesas sofrem com algum grau de poluição da água (LUK, 2017).

Para enfrentar esse problema, o presidente Xi Jinping lançou, em 2014, o “Plano Nacional para um Novo Modelo de Urbanização”, que apresenta a meta de elevar a população urbana de pouco mais de 50% para 60% até 2020. O plano também incluiu um programa de infraestrutura urbana, com foco na ampliação da mobilidade, na construção de moradias, na melhoria geral da qualidade de vida nas cidades e no combate à poluição (BRASIL, 2015).

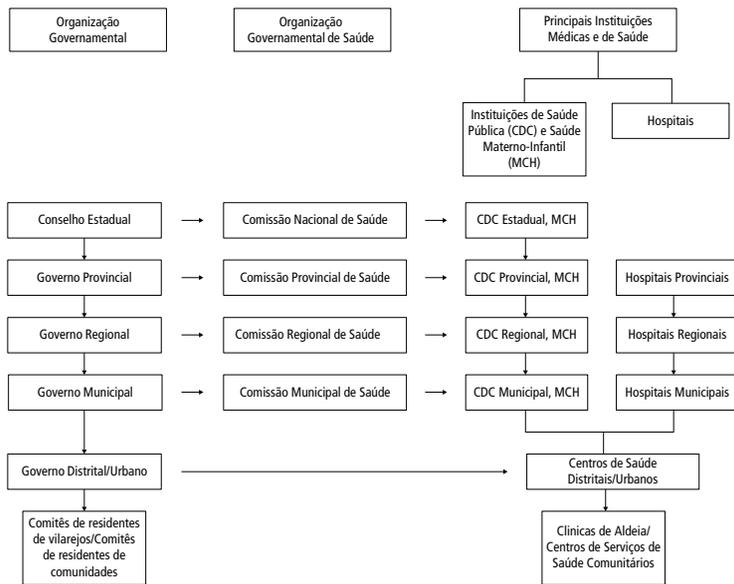
A Comissão Nacional de Saúde e Planejamento Familiar (NHFPC), juntamente com gabinetes provinciais de saúde, supervisiona as necessidades médicas da população. A Comissão também é responsável por prover informações, conscientizar e educar a população em temas de saúde, prover o planejamento familiar, garantir a acessibilidade dos

serviços de saúde, o acompanhamento da qualidade dos serviços de saúde prestados aos cidadãos e o planejamento populacional do país. Esse órgão substituiu o Ministério da Saúde e Planejamento Familiar e Populacional em 2013 e tem sido liderado, desde então, pela ministra da Saúde e do Planejamento Familiar Li Bin (CHINA, 2018).

A NHFPC reporta-se diretamente ao Conselho de Estado do PCC e possui funções e responsabilidades que incluem, por exemplo: a elaboração de leis, regulamentos, planos e políticas relacionadas à saúde pública; a supervisão da prevenção e do tratamento de doenças; a supervisão da educação médica; a formulação de políticas para programas de maternidade e assistência à infância; o controle da propagação de epidemias; a supervisão dos hospitais estaduais; o controle populacional; o planejamento familiar; a elaboração de projetos científicos e de tecnologia médica; a definição de padrões de qualidade para alimentos e cosméticos; e a supervisão da Administração Estatal da Medicina Tradicional Chinesa (CHINA, 2018).

O sistema de saúde chinês é organizado de acordo com a administração governamental, que inclui os seguintes níveis: central, provincial, regional, municipal e distrital (Figura 1). Cada distrito é responsável por cuidar de várias cidades, e cada unidade governamental no nível municipal tem um departamento de saúde funcional sob duplo controle: do governo correspondente e do departamento de saúde de um nível administrativo superior.

Figura 1 – Organograma do Sistema de Cuidados de Saúde da China



Fonte: elaboração própria a partir de dados de SUN, 2017

A prestação de serviços de saúde na China pode ser dividida em três segmentos principais. O primeiro é composto por serviços de saúde públicos especializados, que são providenciados pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), instituição administrada pelo Estado chinês, e pelas demais agências de saúde especializadas para mulheres e crianças presentes nos níveis de províncias, municípios e distritos. Em 2014, havia 3.490 CDCs e 3.098 agências de saúde para mulheres e crianças na China.

O segundo tipo de serviço é voltado para os cuidados primários, realizados em áreas rurais e urbanas, nos níveis distritais e municipais. Em 2014, o número total de instituições de atenção primária à saúde atingiu 917.335, incluindo 595 centros de saúde subdistritais, 34.238 centros de serviços comunitários de saúde, 36.902 centros de serviços municipais, 645.470 clínicas municipais e 200.130 departamentos ambulatoriais.

O terceiro segmento de prestação de serviços de saúde na China é voltado a cuidados curativos de saúde, realizados pelos hospitais, categorizados como serviço público ou privado e credenciados de nível um a três. Hospitais de categoria um, em geral, são de nível municipal para atendimento primário de saúde pública e clínicas introduzidas na seção de atenção primária. Na categoria dois, encontram-se hospitais de distritos que fornecem serviços de saúde abrangentes. No nível três, os hospitais provinciais ou regionais, públicos ou privados, que trabalham com cuidados curativos fornecem serviços de saúde abrangentes ou avançados. Os hospitais de cada nível são classificados como A e B, com base em suas funções, no tamanho, nas habilidades técnicas, nos equipamentos e na qualidade de serviço. Um hospital classificado como A no nível três, por exemplo, é considerado de alta qualidade. Em 2014, a China contava com 16.524 hospitais gerais, 3.115 hospitais especializados em medicina tradicional chinesa e 5.478 hospitais especializados.

A China conseguiu atingir a cobertura universal de seguro de saúde, implementando três diferentes esquemas de seguro de saúde, o NRCMS, que cobre a população rural, o UEBMI, que garante a saúde de pessoas empregadas pelo governo ou pelo setor privado, e o URBMI, que cobre pessoas não empregadas vivendo em zonas urbanas. Além disso, o governo chinês construiu uma base de dados com as informações de saúde dos cidadãos, incluindo registros médicos eletrônicos. Atualmente, verifica-se que a China enfrenta desafios para manter e concluir a complexa reforma da saúde. As iniciativas de cooperação internacional poderão, dessa maneira, contribuir para o compartilhamento de experiências exitosas e eficientes que permitam fortalecer a atenção à saúde no país.

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) existe há mais de dois milênios e, desde sua criação, apropriou-se de características e práticas de outras civilizações vizinhas. Já nas dinastias Qin e Han (221 a.C.-220 d.C.), a MTC era popular em muitos países fronteiriços, com amplo uso no tratamento e na prevenção de doenças. De 1911 a 1949, a prática da MTC na China foi desencorajada, e o país buscou estabelecer um sistema

médico baseado apenas na biomedicina ocidental. Depois da formação da República Popular da China, em 1949, a MTC foi restabelecida no sistema público de saúde, como uma das formas de reafirmar o valor e a autoridade da cultura chinesa. Está estipulado na Constituição da República Popular da China que o Estado promove a medicina moderna e a MTC para proteger a saúde das pessoas. As práticas incluem várias formas de fitoterapia, acupuntura, massagem, exercícios físicos e terapias dietéticas, visando a prevenir e tratar doenças e a melhorar a qualidade de vida das pessoas (RPC STATE COUNCIL, 2016).

Em 1978, o Comitê Central do Partido Comunista da China (PCC) transmitiu, em todo o país, o “Relatório sobre a Implementação das Políticas do Partido em Relação à MTC e Formando Profissionais em MTC” e prestou apoio nas áreas de recursos humanos, finanças e suprimentos. Em 1986, o Conselho de Estado estabeleceu uma administração relativamente independente de MTC, e todas as províncias, regiões autônomas e municípios estabeleceram suas respectivas administrações de medicina tradicional. Mais recentemente, em 2003 e em 2009, o Conselho de Estado emitiu o “Regulamento da República Popular da China sobre Medicina Tradicional Chinesa” e os “Pareceres sobre Apoio e Promoção do Desenvolvimento da Medicina Tradicional Chinesa”, formando, gradualmente, um sistema político de MTC bastante robusto.

Desde o 18º Congresso Nacional do PCC, em 2012, o Partido declarou que desejava dar maior importância ao desenvolvimento da MTC e reiterou a necessidade de prestar igual atenção ao desenvolvimento da medicina tradicional chinesa e à medicina ocidental. Na Conferência Nacional sobre Higiene e Saúde, realizada em 2016, o presidente Xi Jinping enfatizou a importância de revitalizar e desenvolver a medicina tradicional chinesa. No mesmo ano, o Comitê Central do PCC e o Conselho de Estado publicaram o esboço do Plano Estratégico para o Desenvolvimento da Medicina Tradicional Chinesa (2016-2030), que elevou o desenvolvimento da MTC ao nível nacional, com metas e diretrizes específicas.

Há poucas décadas, a MTC representava o método mais utilizado pela população chinesa que vivia, principalmente, na zona rural. Em 1980, a parcela da população rural chinesa representava 81% da população total (BANCO MUNDIAL, 2016c). Com a modernização do país e o desenvolvimento da economia, a China adotou diversos métodos de medicina ocidental que implementou como sistema de saúde pública. Atualmente, o sistema de saúde pública da China oferece as duas vertentes para população. Cabe ressaltar, no entanto, que população significativa rural, que, em 2016, representava 43% dos chineses, ainda utiliza a MTC como método principal de prevenção e tratamento de doenças (BANCO MUNDIAL, 2016c).

Na esfera internacional, a China tem exportado sua tecnologia e expertise na área de MTC como modelo para diversos países. No âmbito do BRICS, a China promoveu, durante sua presidência do agrupamento em 2017, a Reunião de Alto Nível de

Medicina Tradicional do BRICS, como parte da estratégia governamental de difusão e ampliação do uso das práticas de MTC também em outros países.

3 Relações bilaterais Brasil-China

As relações diplomáticas entre o Brasil e a República Popular da China foram estabelecidas em 1974. A partir de meados da década de 1980, os dois países engendraram iniciativas de cooperação bilateral em setores intensivos em tecnologia, como energia nuclear e construção de satélites. O primeiro grande projeto de cooperação bilateral foi implantado em 1988, com o Programa CBERS (Satélite Sino-Brasileiro de Recursos Terrestres), criado com o objetivo de construir e lançar satélites de monitoramento terrestre, sendo um dos primeiros projetos de cooperação entre países em desenvolvimento em setor altamente intensivo em tecnologia (BRASIL, 2016b).

Em 1993, foi estabelecida a parceria estratégica Brasil-China – a primeira de ambos os países –, e, em 2004, por ocasião da visita de Estado do presidente Luiz Inácio Lula da Silva à China, foi estabelecida a Comissão Sino-Brasileira de Alto Nível de Concertação e Cooperação (COSBAN) como arcabouço institucional para o relacionamento bilateral. A COSBAN, liderada pelo vice-presidente do Brasil e pelo vice-primeiro-ministro encarregado de temas econômicos, comerciais e financeiros na China, é a instância permanente de cooperação e diálogo bilateral de mais alto nível entre os dois governos (BRASIL, 2016b).

Desde 2009, a China é o principal parceiro comercial do Brasil. O país asiático também tem se consolidado como uma das principais fontes de investimento no país. Entre 2001 e 2017, a corrente de comércio bilateral cresceu mais de vinte vezes, passando de US\$ 3,2 bilhões para US\$ 74,8 bilhões (BRASIL, 2018b). Desde 2003, os investimentos chineses realizados no Brasil somam mais de US\$ 54,1 bilhões, estando majoritariamente concentrados nos setores de petróleo, gás e energia (BRASIL, 2018c).

Em 2010, os dois países assinaram o Plano de Ação Conjunta Brasil-China (PAC 2010-2014), que define metas, objetivos e orientações para o relacionamento bilateral. Em maio de 2015, durante visita do primeiro-ministro Li Keqiang ao Brasil, foi assinada a versão atualizada do PAC, válida até 2021. O PAC tem como objetivo ampliar e aprofundar a cooperação nas dimensões bilateral, plurilateral e multilateral, com propósitos específicos para o Diálogo Estratégico Global e para as subcomissões da COSBAN, mecanismo responsável pelo monitoramento da implementação do Plano (BRASIL, 2016b).

Em junho de 2012, o então primeiro-ministro Wen Jiabao visitou o Brasil, e, na ocasião, três novos marcos na relação bilateral foram estabelecidos. O relacionamento bilateral foi elevado à categoria de “parceria estratégica global”. Foi implementado o Diálogo Estratégico Global (DEG) em nível de chanceleres, em reconhecimento à in-

fluência estratégica e global crescente dos dois parceiros, e assinou-se o Plano Decenal de Cooperação para o período 2012-2021, menos abrangente que o PAC, concentrando-se em cinco áreas prioritárias das relações bilaterais: (i) ciência, tecnologia, inovação e cooperação espacial; (ii) minas, energia, infraestrutura e transportes; (iii) investimentos e cooperação industrial e financeira; (iv) cooperação econômica e comercial; (v) cooperação cultural, educacional e intercâmbio entre os povos (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016b).

4 O relacionamento bilateral na área de saúde

Até o início da década de 2000, o relacionamento entre o Brasil e a China na área de saúde foi marcado por iniciativas isoladas, com sobreposição de atores e escassa institucionalização ou centralização de ações no âmbito do governo federal (RUBARTH, 1999). O relacionamento bilateral recente na área de saúde ainda padece dessa pulverização de ações, mas o engajamento direto entre os dois governos nessa matéria tem dado sinais de amadurecimento, com potenciais concretos de execução de projetos conjuntos no futuro próximo.

A institucionalização da relação bilateral na área da saúde avançou após a visita a Pequim do ministro da Saúde José Gomes Temporão, em 2009. Na ocasião, os ministros da Saúde dos dois países acordaram que seria desenvolvido um instrumento bilateral específico para área de saúde. Em 2011, foi assinado o Plano de Ação Conjunta de Saúde, instrumento que norteou a cooperação para o setor nos quatro anos subsequentes e estabeleceu o controle de doenças infecciosas como uma das áreas prioritárias da cooperação bilateral nessa matéria (BRASIL, 2015).

Em 2014, o vice-ministro da NHFPC, Sun Zhigang, realizou visita ao Brasil para conhecer a experiência nacional na provisão de serviços de saúde à população. O Ministério da Saúde brasileiro apresentou programas governamentais, como o Mais Médicos, o Farmácia Popular e a construção de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), em atenção ao interesse do governo chinês em conhecer a experiência do Brasil na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2015).

O primeiro-ministro do Conselho de Estado da República Popular da China, Li Keqiang, visitou o Brasil em maio de 2015 e reuniu-se com a presidente da República, Dilma Rousseff. As autoridades realizaram diálogo e troca de experiências com base no Plano de Ação Conjunta em Saúde, assinado em 2011, e no novo Plano de Ação Conjunta Brasil-China 2015-2021. Na ocasião, os líderes afirmaram o compromisso em avançar na cooperação em saúde, determinando a criação da Subcomissão de Saúde

como uma das doze subcomissões⁴ instituídas no âmbito da COSBAN (MOREIRA LIMA, 2016). A efetiva instalação da Subcomissão de Saúde, entretanto, ainda tardaria mais de dois anos.

Em julho de 2017, às margens da Reunião de Ministros da Saúde dos BRICS, realizada em Tianjin, na China, o secretário-executivo do Ministério da Saúde reuniu-se com a vice-ministra da NHFPC e ressaltou o interesse do Brasil em fortalecer a cooperação com a China e avançar em ações concretas, por meio de trocas de experiências exitosas no âmbito da saúde. Na ocasião, os dois representantes concordaram com a proposta de realização da primeira Reunião de Alto Nível da Subcomissão de Saúde ainda no ano de 2017, no Brasil, e acordaram assinar, nesse mesmo ano, o termo de referência de funcionamento da Subcomissão e o termo de renovação do Plano de Ação em Saúde, firmado em 2011 e expirado em 2015.

Em seguimento a esse encontro, a Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA) e o Departamento de Cooperação Internacional da NHFPC estabeleceram canal direto de comunicação, o que permitiu o avanço célere e eficiente das tratativas bilaterais. Em curto espaço de tempo, o Plano de Ação Brasil-China na área da saúde para o período 2018-2020 foi negociado e aprovado entre as duas partes, o que possibilitou sua assinatura, em setembro de 2017, no contexto da visita de Estado do presidente Michel Temer à China (BRASIL, 2017d; BRASIL, 2018e).

Em novembro de 2017, às margens da Cúpula Mundial de Hepatites, organizada pelo Ministério da Saúde do Brasil em parceria com a Aliança Mundial de Hepatites (WHA) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), em São Paulo, realizou-se a Primeira Reunião da Subcomissão de Saúde da COSBAN, com participação do ministro da Saúde do Brasil, Ricardo Barros, e do vice-ministro da Saúde da China, Wang Guoqiang (BRASIL, 2018a). No encontro, foram discutidas a relação bilateral em saúde e as perspectivas de cooperação em diversas áreas, como pesquisa e desenvolvimento, medicina tradicional, controle e prevenção de doenças, saúde no âmbito dos BRICS, resistência antimicrobiana e formas inovadoras de combater o mosquito *Aedes aegypti*. Na ocasião, representantes dos dois países também assinaram o Termo de Referência da Subcomissão de Saúde da COSBAN, que estabelece parâmetros gerais de seu funcionamento, e o Memorando de Entendimento para Cooperação Internacional na área de pesquisa e desenvolvimento entre a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Centro de Controle e Prevenção de Doenças Chinês (CDC China). O documento firmado entre a Fiocruz e o CDC China visa a promover a prevenção e o controle de doenças e a investir em formas inovadoras de combate ao mosquito *Aedes aegypti* (BRASIL, 2017c; BRASIL, 2018a).

⁴ Além da Subcomissão de Saúde, integram a COSBAN as Subcomissões Econômico-Financeira; de Inspeção e Quarentena; Educacional; Política; de Cooperação Espacial; Econômico-Comercial; de Agricultura; Cultural; de Ciência e Tecnologia; de Energia e Mineração; e de Indústria e Tecnologia da Informação.

Na perspectiva do Brasil, com a instituição da Subcomissão, a cooperação sino-brasileira em saúde atingiu um novo patamar, uma vez que os dois países passaram a dispor de um foro estabelecido e de um plano consistente para avançar em uma agenda de atividades práticas de cooperação. O governo brasileiro também tem manifestado interesse em identificar posições comuns que possam ser reforçadas nos foros multilaterais de que os dois países participam, como a OMS e o BRICS. Em contexto internacional caracterizado pela pulverização de iniciativas muitas vezes sobrepostas nas mais diversas matérias, inclusive na área de saúde, a eficaz coordenação de posicionamentos poderá trazer maior coerência e força à ação internacional do Brasil. Pelas dimensões econômicas e populacionais, por seu peso político e geopolítico e pelo papel desempenhado pela China na ordem internacional contemporânea, a tarefa de concertação de posições para um país como o Brasil apresenta desafios adicionais. Apesar disso, uma vez que os dois países partilham desafios comuns em matéria de saúde pública, há espaço para a identificação de eventuais convergências.

No tema de pesquisa e desenvolvimento, o governo brasileiro tem demonstrado interesse em cooperar com a China na área de epidemias, tanto as que atingiram o Brasil de maneira significativa ao longo dos últimos anos, como zika, dengue e chikungunya, quanto aquelas que têm representado desafio crescente de saúde pública à China, como a influenza A-H7N9 e a gripe aviária (BRASIL, 2017c). O governo chinês tem manifestado interesse em aprender com a experiência brasileira em relação ao manejo de doenças tropicais e à prevenção de epidemias.

O Ministério da Saúde do Brasil tem priorizado a adoção de práticas integrativas e complementares de medicina tradicional no SUS. Diversas das práticas são pertencentes à medicina tradicional chinesa, como acupuntura, fitoterapia chinesa, auriculoterapia, ventosaterapia e Tai Chi Chuan. Em 2017, foram realizados mais de 1,4 milhão de atendimentos desses procedimentos a usuários do SUS. As práticas de medicina tradicional chinesa somaram mais de 150 mil sessões anuais. Em 2018, dez novas práticas integrativas foram incorporadas ao SUS, totalizando 29 práticas que passaram a ser oferecidas no sistema público de saúde brasileiro (BRASIL, 2018d). A cooperação com o governo chinês nessa matéria é prioritária para o Brasil, que tem indicado interesse na troca de experiências e na formação de profissionais.

No âmbito do BRICS, realizou-se, em julho de 2017, Encontro de Alto Nível sobre Medicina Tradicional, e a Declaração de Xiamen, adotada pelos líderes do BRICS em setembro de 2017, louvou “o estabelecimento de um mecanismo de longo prazo para intercâmbios e cooperação em medicina tradicional, de forma a promover o aprendizado mútuo sobre medicamentos tradicionais e passá-los para as gerações futuras” (BRASIL, 2017e). A promoção da medicina tradicional entre os países do BRICS poderá, dessa maneira, constituir área promissora de cooperação no futuro próximo, como

têm demonstrado os engajamentos recentes do Brasil com a China e também com a Índia.

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) também representam área promissora no relacionamento bilateral. O governo brasileiro tem buscado fortalecer a estratégia de prevenção dessas doenças, promovendo o uso de preservativos, com foco nas populações mais vulneráveis (BRASIL, 2017b). O governo da China sinalizou interesse em trocar experiências com o Brasil sobre políticas de prevenção e controle de IST, considerando a experiência brasileira na matéria, especialmente no tratamento das hepatites virais. O Brasil também busca estreitar a cooperação com a China para aquisição de penicilina, que é empregada no tratamento de diversas IST, uma vez que a China é o principal fornecedor mundial desse antibiótico. A penicilina, em suas diversas formas, é classificada pela OMS como medicamento vulnerável a crises de abastecimento, já que, por ser um medicamento antigo e sua patente já ter expirado, é barata, e poucas empresas farmacêuticas têm interesse em sua produção.

O relacionamento bilateral em saúde entre Brasil e China tem à frente o desafio de transformar os potenciais significativos em iniciativas concretas de cooperação e aprendizado, com efeitos práticos sobre a saúde pública dos dois países. As áreas já identificadas pelos dois governos poderão representar ponto de partida importante para alavancar outras modalidades futuras de cooperação. Para além das distâncias geográfica, cultural e organizacional e do desconhecimento sobre capacidades e interesses de lado a lado, o conhecimento mútuo gestado no âmbito do acercamento bilateral que se tem produzido em matéria de saúde poderá alçar o relacionamento Brasil-China nessa área a um novo patamar.

5 Brasil e China no âmbito do BRICS

O BRICS tem representado um espaço de aproximação e discussão sobre diversos tópicos da agenda internacional, como é o caso da saúde (MOREIRA LIMA, 2016). Na perspectiva chinesa, o BRICS tem se convertido em elemento estratégico para sua inserção na economia global (BRASIL, 2016b). Na área da saúde, China e Índia aproveitaram suas presidências *pro tempore* do agrupamento para organizar reuniões de alto nível de medicina tradicional em 2016 e 2017. Para além do possível interesse comercial na matéria, os governos chinês e indiano têm feito uso da medicina tradicional chinesa e da ayurveda como plataformas para ampliação de uma visão própria da saúde e de sua relação com a sociedade, transitando da lógica de cura de enfermidades para a de prevenção e promoção da saúde.

A recente coordenação multilateral dos países do BRICS⁵ no âmbito da Organização Mundial da Saúde, acordada por ocasião da VII Reunião de Ministros da Saúde dos BRICS (TIANJIN, 2017), é reflexo das iniciativas de concertação política emanadas da COSBAN. Durante a IV Sessão Plenária da COSBAN, em 2015, presidida pelo vice-primeiro-ministro chinês e pelo vice-presidente brasileiro, as autoridades dos dois países reiteraram a importância da cooperação nos foros multilaterais e ressaltaram que a promoção das reformas dos mecanismos globais da governança política e econômica é de grande importância para tentar adaptá-los às novas demandas da realidade internacional, especialmente por meio do incremento da participação de países em desenvolvimento (MOREIRA LIMA, 2016).

A existência de necessidades e de desafios comuns aos países em desenvolvimento na área da saúde oferece espaços de atuação conjunta que permitem a promoção de objetivos e interesses compartilhados. Ao fazer uso de sua participação em mecanismos e organizações internacionais como plataforma para coordenação de posições e promoção de seus interesses como países em desenvolvimento, Brasil e China têm dado impulso à aproximação bilateral no domínio da saúde.

6 Conclusão: desafios e perspectivas

A relação bilateral entre Brasil e China tem avançado de maneira acelerada ao longo das últimas três décadas, impulsionada, sobretudo, pela crescente importância da pauta econômica bilateral desde o início da década de 2000. Na área da saúde, entretanto, apesar de o entendimento político-diplomático ser fluido e de se terem verificado avanços recentes, essa cooperação ainda é terreno pouco explorado na prática.

Mesmo para um país emergente com as dimensões e o peso político do Brasil no plano internacional, a concertação de posições e a identificação de áreas passíveis de cooperação com um país como a China não é tarefa fácil. Verificam-se, por exemplo, diferenças de perspectiva nas formas de conduzir o processo de cooperação ou de organizar reuniões de alto nível. Além disso, desafios como a barreira cultural e linguística dificultam a propulsão da cooperação nos campos da ciência, da pesquisa e do desenvolvimento na área da saúde. Diferenças organizacionais dos dois governos também prejudicam a identificação de interlocutores adequados e a elaboração concreta do que um parceiro pode esperar do outro.

A recente aproximação entre o Ministério da Saúde e a NHFPC, por meio de contato fluido entre a AISA e o Departamento de Cooperação Internacional chinês, e a manifestação da inequívoca vontade política do governo chinês em aproximar-se do

⁵ Ver, a esse respeito, o artigo “A concertação política e a cooperação em saúde no BRICS”, de Eduardo Shigueo Fujikawa.

Brasil em matéria de saúde poderão contribuir para alavancar a aproximação bilateral. A renovação do Plano de Ação Conjunta de Saúde e a realização da primeira reunião da Subcomissão de Saúde da COSBAN, em 2017, poderão, igualmente, marcar o início de nova fase no relacionamento bilateral em saúde.

A abordagem do tema de saúde no relacionamento bilateral tem se restringido, majoritariamente, aos contatos entre os Ministérios da Saúde dos dois países. São reduzidas as referências a temas de saúde na documentação oficial ostensiva produzida pelo Itamaraty sobre o relacionamento bilateral ou mesmo nos relatos de reuniões da COSBAN. O engajamento ativo dos Ministérios das Relações Exteriores e das embaixadas dos dois países para promover a aproximação bilateral em saúde, buscando incentivar a articulação entre os órgãos competentes nos dois países, poderá contribuir positivamente para dar importante impulso político ao relacionamento nessa matéria.

Apesar de já existirem diversas colaborações entre o Brasil e a China na área de medicina tradicional, como a formação de médicos brasileiros em práticas da medicina tradicional chinesa – financiada, geralmente, pelo setor privado chinês –, a institucionalização da parceria bilateral é de crucial importância para que essa cooperação seja uma colaboração horizontal, com troca de experiências. A institucionalização busca garantir esse modelo de cooperação, com objetivos de longo prazo, para que o conhecimento transferido possa beneficiar a população brasileira, principalmente a parcela que depende unicamente do SUS, correspondente a cerca de 70% da população (BRASIL, 2017f).

Ao momento político propício deve seguir-se, também, o engajamento de técnicos dos Ministérios da Saúde, da academia, do setor privado e da sociedade dos dois países. O Brasil deve refletir, em todas essas instâncias e dimensões, sobre o que quer da China e o que tem a oferecer em sua experiência na saúde pública. Algumas áreas começaram a delimitar-se no contexto recente de aproximação política bilateral, tais como: pesquisa e desenvolvimento, medicina tradicional, troca de experiências e conhecimentos em políticas públicas de saúde e concertação política nos foros multilaterais. O papel do Ministério da Saúde, de maneira geral, e da AISA, em particular, será o de dar coerência, organicidade e senso prático a esse engajamento.

Referências

BANCO MUNDIAL. **Data Bank, China: Country Profile**. 2018a. Disponível em: <http://databank.worldbank.org/data/views/reports/reportwidget.aspx?Report_Name=CountryProfile&Id=b450fd57&tbar=y&dd=y&inf=n&zm=n&country=CHN>. Acesso em: 22 abr. 2018.

_____. **GDP (current US\$) World Bank national accounts data, and OECD National Accounts data files**. 2018b. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD?end=2016&start=1980>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

_____. **Rural population (% of total population)**. World Bank staff estimates based on the United Nations Population Divisions World Urbanization Prospects: 2014 Revision. 2016. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicador/SPRUR.TOTL.ZS>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

BARBOSA, P. H. B. **Os desafios e oportunidades na relação Brasil-Ásia na perspectiva de jovens diplomatas**. Brasília: FUNAG, 2017.

BRASIL. **Plano Decenal de Cooperação entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Popular da China**. 21 jun. 2012. Disponível em: <<http://www.aeb.gov.br/wp-content/uploads/2018/01/AcordoChina2012.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

_____. Senado Federal. Sabatina do embaixador Roberto Jaguaribe Gomes. **Mensagem (SF) n° 39, 2015**. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=2598102&disposition=inline>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

_____. Embaixada do Brasil em Pequim. **Relatório de gestão do embaixador Roberto Jaguaribe, 2016a**. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=4539657&disposition=inline>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

_____. Senado Federal. Sabatina do embaixador Marcos Caramuru de Paiva. **Mensagem (SF) n° 72, 2016b**. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=2592291&disposition=inline>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portal Saúde. **Reunião de Ministros do BRICS: BRICS decidem fortalecer a cooperação em saúde e medicina tradicional**, 6 jul. 2017a. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/aisa/noticias-aisa/28916-brics-decidem-fortalecer-a-cooperacao-em-saude-e-medicina-tradicional>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portal Saúde. **Brasil e China assinam marco de cooperação em saúde pública**, 2 nov. 2017b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/brasil-e-china-assinam-marco-de-cooperacao-em-saude-publica>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

_____. Agência FIOCRUZ de Notícias. **Cooperação científica entre Fiocruz e China é fortalecida**, 14/12/2017. 2017c. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/cooperacao-cientifica-entre-fiocruz-e-china-e-fortalecida>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

_____. **Plano de ação entre o Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil e a Comissão Nacional de Saúde e de Planejamento Familiar da República Popular da China na área da saúde para o período de 2018-2020**, 2017d. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/notas-a-imprensa/17378-atos-assinados-por-ocasio-da-visita-do-presidente-michel-temer-a-china-pequim-31-de-agosto-a-3-de-setembro-de-2017>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

_____. **IX Cúpula do BRICS – Declaração de Xiamen – Xiamen, China, 4 de setembro de 2017**, 2017e. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/notas-a-imprensa/17384-nona-cupula-do-brics-declaracao-de-xiamen-xiamen-china-4-de-setembro-de-2017>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **71% dos brasileiros têm os serviços públicos de saúde como referência**. 2017f. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/editoria/saude/2015/06/71-dos-brasileiros-tem-os-servicos-publicos-de-saude-como-referencia>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Página da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde. **Relações bilaterais: China**, 2018a. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/assessoria-internacional/relacoes-bilaterais/china>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

_____. Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços. **Comex Vis: Visualizações de Comércio Exterior**, 2018b. Disponível em: <<http://www.mdic.gov.br/comercio-exterior/estatisticas-de-comercio-exterior/comex-vis/frame-pais>>. Acesso em: 23 abr. 2018.

_____. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. **Boletim Bimestral sobre Investimentos Chineses no Brasil**, n. 3, jan./fev. 2018c. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br/assuntos/internacionais/arquivos/BoletimFDIChinan32003.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde inclui 10 novas práticas integrativas no SUS**, 2018d. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42737-ministerio-da-saude-inclui-10-novas-praticas-integrativas-no-sus>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

_____. Senado Federal. Sabatina do embaixador Paulo Estivallet de Mesquita. **Mensagem (SF) nº 39, 2018e**. Disponível em: <<https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=7733783&t-s=1531166925846&disposition=inline&ts=1531166925846>>. Acesso em: 20 jul 2018.

CHINA. Comissão Nacional da Saúde e Planejamento Familiar. **The National Health and Family Planning Commission of the PRC, What we do?** 2018. Disponível em: <http://en.nhfp.gov.cn/2014-05/07/c_46917.htm>. Acesso em: 22 abr. 2018.

FUNDO MONETÁRIO INTERNACIONAL. **World Economic Outlook Database**, Apr. 2018. Disponível em: <<http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2018/01/weodata/index.aspx>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

LUK, S. C. Y. **Financing Healthcare in China: Towards universal health insurance**. Nova York: Routledge, 2017. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=DnC3DAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=health+china&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKewjvuajz_rZAhVLk5AKHVhAIA-Q6AEIKDAA#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 22 abr. 2018.

MOREIRA LIMA, S. E. (Org.). **Brasil e China: 40 anos de Relações Diplomáticas, Análises e Documentos**. Brasília: FUNAG, 2016. Disponível em: <<http://funag.gov.br/loja/download/1174-brasil-e-china-40-anos.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

NONNENBERG, M. J. B. China: estabilidade e crescimento econômico. **Revista de Economia Política**, v. 30, n. 2 (118), p. 201-218, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rep/v30n2/02.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO Statistical Profile: China**. Disponível em: <<http://www.who.int/gho/countries/chn.pdf?ua=1>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

RUBARTH, E. O. **A Diplomacia Brasileira e os Temas Sociais: O Caso da Saúde**. Brasília: FUNAG, 1999. Disponível em: <http://funag.gov.br/loja/download/21-Diplomacia_Brasileira-e_os_temas_sociais_o_caso_da_saude.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2018.

RPC STATE COUNCIL. **Traditional Chinese Medicine in China, The State Council Information Office of the People's Republic of China**. 2016. Disponível em: <http://english.gov.cn/archive/white_paper/2016/12/06/content_281475509333700.htm>. Acesso em: 22 abr. 2018.

SUÉCIA. Swedish Agency for Growth Policy Analysis. **China's Healthcare System: Overview and Quality Improvements**. 2013. <https://www.tillvaxtanalys.se/download/18.5d9caa4d14d0347533bc-f93a/1430910410539/direct_response_2013_03.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2018.

SUN, Yuelian; GREGERSEN, Hans; YUAN, Wei. **Chinese health care system and clinical epidemiology**. National Center for Biotechnology Information, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5360409/>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

UNITED STATES. Central Intelligence Agency. **CIA Country Database: China**. 2018. Disponível em: <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ch.html>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

Anexo: instrumentos bilaterais na área da saúde

1. Memorando de Entendimento em pesquisa e informação entre a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o Centro de Controle e Prevenção de Doenças Chinês (CDC China), o “Third People’s Hospital of Shenzhen”, o Instituto de Genômica de Beijim (BGI), o ZTEICT e a Chinese Academy of Sciences Key Laboratory of Pathogenic Microbiology and Immunology Institute of Microbiology (2018).
2. Termo de Referência da Subcomissão de Saúde da COSBAN (2017).
3. Plano de Ação entre o Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil e a Comissão Nacional de Planejamento Familiar e de Saúde da República Popular da China no campo da saúde para o período 2018-2020 (2017).
4. Plano de Ação Conjunta Brasil-China em Saúde 2011-2014 (2011). Assinatura do Plano de Ação Conjunta Brasil-China em Saúde (2011-2014) em 20 de outubro de 2011.
5. Memorando do Entendimento entre a Administração Estatal Chinesa de Alimentos e Medicamentos (State Food and Drug Administration – SFDA) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), assinado em 18 de março de 2011.
6. Memorando do Entendimento Bilateral entre a Administração Estatal Chinesa de Alimentos e Medicamentos (State Food and Drug Administration – SFDA) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), assinado em 4 de junho de 2010.
7. Memorando de Entendimento sobre o Estabelecimento da Comissão Sino-Brasileira de Alto Nível de Concertação e Cooperação (COSBAN), de 24 de maio de 2004.
8. Ajuste Complementar sobre Saúde e Ciências Médicas ao Acordo de Cooperação Científica e Tecnológica, de 24 de maio de 2004.
9. Ajuste Complementar sobre Vigilância de Medicamentos e Produtos Relacionados à Saúde ao Acordo de Cooperação Científica e Tecnológica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Popular da China, de 24 de maio de 2004.
10. Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Científica e Tecnológica e ao Acordo de Cooperação Econômica e Tecnológica na Área de Intercâmbio de Especialistas para Cooperação Técnica, de 13 de dezembro de 1995.
11. Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Científica e Tecnológica no Setor de Medicina Tradicional Chinesa e Fitofármacos, de 4 de abril de 1994.
12. Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Científica e Tecnológica (que inclui a Área da Saúde), de 29 de maio de 1984.
13. Acordo de Cooperação Científica e Tecnológica, de 25 de março de 1982, ao amparo do qual as ações de saúde têm se desenvolvido.

A integração regional para o fortalecimento dos sistemas de saúde: o caso do Mercosul

Wesley Lopes Kuhn¹ e Sonia Maria Pereira Damasceno²

Resumo

Superando os sentidos aduaneiros dos primeiros anos do Mercosul, foram estabelecidos, em 1996, o Subgrupo de Trabalho nº 11 e a Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul, compreendendo o chamado “Mercosul Saúde”. Este estudo situa a setorial de saúde do Mercosul no escopo da dimensão do bloco voltada ao desenvolvimento social e partilha a atuação da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA) do Ministério da Saúde do Brasil para a integração regional. Ademais, a pesquisa apresenta o modelo organizacional vigente no Mercosul Saúde, suas lógicas e fluxos interacionais, abrangendo os instrumentos promotores de cooperação regional e descrevendo exemplos de iniciativas e práticas correntes voltadas ao fortalecimento dos sistemas de saúde dos Estados Partes do bloco. Ao final, o panorama compartilhado norteia a apresentação das principais potencialidades e desafios para o “Mercosul Saúde”.

Palavras-chave: Mercosul. Saúde. Cooperação internacional. Integração regional.

1 Introdução

A instauração do Mercado Comum do Sul (Mercosul) em 1991 trazia como propósito a integração regional nos âmbitos econômico e comercial dos Estados Partes – Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai. Nove anos depois, juntamente com os Estados associados – Chile e Bolívia – firmaram a Carta de Buenos Aires para o Compromisso Social³. Na ocasião, os países destacaram o propósito de estabelecer uma concertação política que superasse o viés prioritariamente econômico, para dar ênfase à dimensão social (MERCOSUL, 2000). Nesse ensejo, passaram a ser sentidos prioritários de

¹ Mestre em Sociologia Política pela Universidade Federal de Santa Catarina, especialista em Filosofia do Direito pela PUC Minas e bacharel em Comunicação Social: Jornalismo pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Chefe da Divisão de Análise Técnica de Assuntos Internacionais em Saúde do Ministério da Saúde.

² Mestre em Políticas Públicas e Gestão em Saúde pela Universidade de Bolonha, pós-graduada em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela Unicamp, pós-graduada em Saúde Global e Diplomacia em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz e Bacharel em Administração com habilitação em Comércio Exterior pela União Educacional de Brasília. Analista em Saúde I da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde do Ministério da Saúde. Agradecemos as valiosas contribuições de Fernanda Natasha Bravo Cruz e de Bruno Rezende para a elaboração do presente artigo.

³ Em 2012, a Venezuela ingressou como Estado Parte do Mercosul e, no final de 2016, foi suspensa do bloco. Atualmente, a Bolívia é um Estado Parte em processo de adesão ao Mercosul. Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Peru e Suriname são Estados associados ao bloco. México e Nova Zelândia são países observadores.

atenção os âmbitos de alimentação, saúde, emprego, habitação e educação. Visando à garantia da dignidade das populações, a Carta para o Compromisso Social estabeleceu para o Mercosul orientações para um viés, de fato, integral para o bloco regional.

Para além dos propósitos abertos com a instauração do Mercosul, a Carta de Buenos Aires foi fundamental para os processos de viabilização de outro modo de integração, pautado por políticas públicas com respeito à equidade e à justiça social, no marco do novo regionalismo da América Latina (LAISNER, 2015; SANAHUJA, 2009).

No âmbito da saúde, a inscrição dos propósitos do Mercosul supera sentidos aduaneiros e instaura o posicionamento da relevância desse setor na integração regional sul-americana. E se os primeiros traços do Mercosul Saúde se apresentaram pelo estabelecimento da Reunião de Ministros da Saúde e pelo Subgrupo de Trabalho nº 11, é apenas nos anos 2000 que o setor encontra importância efetiva na agenda do bloco regional. A organização robusteceu-se com a nova ênfase, dando vazão a sentidos tecnopolíticos por meio de instâncias assessoras específicas, responsáveis por propor primeiras versões de documentos oficiais para a setorial de saúde.

Este artigo compreende o Mercosul Saúde no seio do compromisso social do bloco regional, justamente em seu propósito de promoção do desenvolvimento social. O esforço preza, também, por demonstrar a atuação da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA) do Ministério da Saúde do Brasil no fortalecimento da integração regional. Com o intuito de situar os modos de viabilização da ação pública em saúde na integração regional, apresentamos, primeiramente, o escopo mais abrangente do bloco. Em seguida, estabelecemos o âmbito setorial sanitário e configuramos o modelo organizacional vigente no Mercosul Saúde, seus processos e fluxos interacionais, bem como os tipos de instrumentos promotores da integração. Logo após, analisaremos exemplos de ações e práticas correntes, referentes aos processos de fortalecimento dos sistemas de saúde em áreas tais como: alimentação e nutrição, acesso a medicamentos de alto custo, doação e transplante de órgãos e tecidos, regulamento sanitário internacional e HIV/aids. Finalmente, consideramos o exposto para partilhar as principais potencialidades e desafios para o Mercosul Saúde.

2 Integração para além do Mercado Comum

Em 1991, tomando em conta o acirrado cenário competitivo da globalização econômica, o Tratado de Assunção constituiu entre Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai os propósitos de integração regional para coordenação de políticas comerciais e atuação em foros econômicos internacionais, de modo a fortalecer o desenvolvimento econômico dos Estados Partes e permitir a circulação de bens, serviços e fatores produtivos entre os países (MERCOSUL, 1991).

Após o Tratado de Assunção, o Protocolo de Ouro Preto (MERCOSUL, 1994) estabeleceu os alicerces da estrutura institucional do Mercosul. A estrutura orgânica do bloco contempla um Conselho do Mercado Comum (CMC), órgão superior e responsável por sua condução política. Estão subordinados ao CMC a Comissão de Comércio do Mercosul (CCM), o Parlamento do Mercosul (Parlasul), o Foro Consultivo Econômico-Social (FCES), a Secretaria Administrativa (SAM) e o Grupo Mercado Comum (GMC) – este último, instância executiva do Mercosul. O GMC, a CCM e o CMC são os órgãos do bloco que têm natureza intergovernamental, com capacidade decisória (MERCOSUL, 1994).

O FCES, de caráter consultivo, representou a primeira instância para tomada em conta de questões sociais no processo de integração regional. Esse Foro articula as representações de setores econômicos e sociais e se manifesta mediante recomendações ao GMC (DI PIETRO PAOLO, 2006). Entretanto, dado o caráter menos institucionalizado do Foro (SATO, 2014), a dimensão social da integração, pautada pelo desenvolvimento humano e pela construção democrática, não foi consolidada até a ampliação das estruturas do GMC e do CMC, nos anos 2000.

Esse adensamento materializa-se na pluralização de instâncias setoriais. As reuniões periódicas de Ministros⁴, vinculadas ao CMC, deixaram de restringir-se aos setores de economia e relações exteriores, para atingir vinte e uma áreas. Por sua vez, o GMC – que foi estabelecido pelo Tratado de Assunção, com dez Subgrupos de Trabalho voltados a aspectos econômicos da integração – atualmente conta com dezoito Subgrupos de Trabalho⁵, que incluem políticas sociais. No caso da saúde, por exemplo, se desde 1996 os temas sanitários são tratados por um Subgrupo de Trabalho específico (SGT nº 11), até então, o tratamento de questões do setor era mera parte da ação de um Subgrupo de Trabalho mais abrangente (SGT nº 3), voltado à produção de normas técnicas.

⁴ Entre as estruturas vinculadas ao CMC, estão a Comissão de Coordenação de Ministros de Assuntos Sociais (CCMAS) e as Reuniões de Ministros e Altas Autoridades do Mercosul das seguintes áreas: Agricultura (RMA), Ciência, Tecnologia e Inovação (RMACTIM), Cultura (RMC), Desenvolvimento Social (RMADS), Direitos Humanos (RAADH), Economia e Presidentes de Bancos Centrais (RMEPBC), Educação (RME), Esportes (RMDE), Indústria (RMIND), Interior (RMI), Justiça (RMJ), Meio Ambiente (RMMA), Minas e Energia (RMME), Mulher (RMAAM), Povos Indígenas (RAPIM), Privacidade e Segurança da Informação e Infraestrutura Tecnológica (RAPRISIT), Saúde (RMS), Trabalho (RMT), Turismo (RMTUR), Afrodescendentes (RAFRO), Gestão de Riscos de Desastres (RMAGIR) (BRASIL, MRE, 2017).

⁵ Atualmente, o GMC é composto por Grupos *Ad Hoc*, Reuniões Especializadas e pelos seguintes subgrupos de trabalho: SGT nº 1: Comunicações, SGT nº 2: Aspectos Institucionais, SGT nº 3: Regulamentos Técnicos e Avaliação da Conformidade, SGT nº 4: Assuntos Financeiros, SGT nº 5: Transporte, SGT nº 6: Meio Ambiente, SGT nº 7: Indústria, SGT nº 8: Agricultura, SGT nº 9: Energia, SGT nº 10: Assuntos Trabalhistas, Emprego e Seguridade Social, SGT nº 11: Saúde, SGT nº 12: Investimentos, SGT nº 13: Comércio Eletrônico, SGT nº 14: Integração Produtiva, SGT nº 15: Mineração e Geologia, SGT nº 16: Contratações Públicas, SGT nº 17: Serviços, SGT nº 18: Integração Fronteiriça (BRASIL, MRE, 2017).

A pluralização de instâncias institucionais representa o compromisso político com questões temáticas que extrapolam o âmbito aduaneiro, concretizando, no organograma do Mercosul, o discurso referente à justiça social proposto em sua fundação. A agenda de políticas públicas da integração amplia não apenas os propósitos, mas também os mecanismos de cooperação Sul-Sul (SANAHUJA, 2009), associando temas de promoção da equidade e de garantia de direitos ao projeto de desenvolvimento do bloco.

Um dos marcos da declaração de propósitos dessa renovação do Mercosul é a Carta de Buenos Aires sobre Compromisso Social (MERCOSUL, 2000), firmada pelos presidentes da República dos Estados Partes do bloco e também pelos presidentes da Bolívia e do Chile, Estados associados. No documento, apresenta-se o compromisso com o desenvolvimento de políticas públicas referentes à articulação com a sociedade civil, ao combate à pobreza e à melhoria da qualidade de vida, ressaltando a atenção prioritária às populações vulneráveis no que tange a saúde, nutrição, emprego, moradia e educação. No mesmo sentido, os chefes de Estado reconheceram a necessidade de estabelecer um Plano para a coordenação de políticas públicas de caráter social na região, e, desde 2011, o Plano Estratégico de Ação Social (PEAS) passou a ser incluído na agenda (MERCOSUL, ISM, 2012) do Mercosul. Compreendemos, com o PEAS, que

a relevância e o entendimento da dimensão social, no processo de integração regional, supõem conceber as políticas sociais não como compensatórias e subsidiárias do crescimento econômico, mas assumir que todas as políticas públicas conformam uma estratégia de desenvolvimento humano (MERCOSUL, RMADS, 2012).

O Mercosul Saúde articula-se aos sentidos abrangentes desse processo sul-americano de integração, de caráter simultaneamente econômico e social. A seguir, designaremos as estruturas e os modos de construção dessa cooperação regional setorial, compreendendo a apresentação das instituições, atores, papéis e fluxos de processos de fortalecimento dos sistemas de saúde da região.

3 O Mercosul Saúde

O Mercosul Saúde corresponde aos eixos da estrutura organizacional do Mercosul que se voltam à dimensão sanitária no CMC e no GMC: respectivamente, a Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul (RMS) e o Subgrupo de Trabalho nº 11 Saúde (SGT nº 11). O estabelecimento dessas institucionalidades voltadas à pactuação de políticas e à regulação sanitária concernentes, por exemplo, à circulação de produtos e pessoas, à promoção à saúde, às enfermidades transmissíveis e não transmissíveis, ao exercício

profissional e à coordenação e harmonização de políticas de saúde corresponde à consolidação do compromisso dos Estados Partes no que tange ao direito à saúde.

A RMS constitui foro temático de caráter político que assessora o CMC. É responsável por discutir e encaminhar soluções negociadas sobre os temas de interesse à saúde pública. A instância traz em suas atribuições o papel de definir os princípios e políticas de proteção da saúde pública como marco normativo básico para a harmonização das legislações na área; o propósito de formular e apoiar a implementação de programas e ações conjuntas de proteção e atenção à saúde, bem como prevenir riscos ambientais e aqueles referentes à utilização de produtos e serviços (SECRETARIA ADMINISTRATIVA DEL MERCOSUR, 2001). Semestralmente, encontros da RMS são realizados, considerando o exercício da presidência *pro tempore* dos países, alternada em ordem alfabética. Conforme salientado no capítulo I desta obra por Frederico (2018), a presidência *pro tempore* do Brasil no âmbito da saúde é organizada pela Assessoria de Assuntos Internacionais da Saúde (AISA), em coordenação com o Ministério de Relações Exteriores (MRE). O Quadro 1 apresenta o conjunto de instâncias conformadoras da RMS.

Quadro 1 – Instâncias da Reunião de Ministros da Saúde

Conselho do Mercado Comum	Reunião de Ministros da Saúde (RMS)	Comitê Coordenador da RMS	Comissão Intergovernamental Política de Medicamentos (CIPM)
			Comissão Intergovernamental para Implementação do RSI (CIRSI)
			Comissão Intergovernamental de HIV-AIDS (CIHIV)
			Comissão Intergovernamental de Controle do Tabaco (CICT)
			Comissão Intergovernamental de Saúde Sexual e Reprodutiva (CISSR)
			Comissão Intergovernamental de Saúde Ambiental e do Trabalhador (CISAT)
			Comissão Intergovernamental de Doação e Transplantes (CIDT)
			Comissão Intergovernamental de Segurança Alimentar e Nutricional (CISAN)
			Comissão Intergovernamental de Enfermidades Não Transmissíveis (CIENT)
			Comissão Intergovernamental de Sangue e Hemoderivados (CISH)
			Comitê <i>Ad Hoc</i> de Negociação de Preços de Medicamentos de Alto Custo nos Estados Partes e Associados do Mercosul (CAHPM)

Fontes: SECRETARIA ADMINISTRATIVA DEL MERCOSUR, 2001, 2012; Mercosul, RMS 2015, 2017, 2018.

O SGT nº 11, por sua vez, é o foro técnico responsável pela área da saúde. Tem por tarefa harmonizar as normativas técnicas, coordenar ações entre os Estados Partes relacionadas à vigilância, aos serviços de atenção, à avaliação de tecnologias, ao exercício profissional e aos insumos e produtos para a saúde com a finalidade de promover e proteger a vida das pessoas, contribuindo, dessa maneira, ao processo de integração

regional (MERCOSUL, GMC, 2014). O Quadro 2 apresenta as instâncias conformadoras do SGT n° 11.

Quadro 2 – Instâncias do Subgrupo de Trabalho n° 11

Grupo Mercado Comum (GMC)	SGT N° 11 - Saúde	Coordenadores Nacionais do SGT 11	Comissão de Produtos para a Saúde (COPROSAL)	Subcomissão de Produtos Médicos Subcomissão de Cosméticos Subcomissão de Saneantes Subcomissão de Psicotrópicos e Entorpecentes Subcomissão de Farmacopeia
			Comissão de Vigilância em Saúde (COVIGSAL)	Subcomissão de Controle Sanitário de Portos, Aeroportos, Terminais e Pontos de fronteiras terrestres
			Comissão de Serviços de Atenção à Saúde (COSERATS)	Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional

Fontes: Baseado em Mercosul, GMC, 2014; atas do SGT no 11 de 2015.

As instâncias que sustentam a RMS e o SGT n° 11 expressam importante parte do processo de desenvolvimento institucional do Mercosul. Atuam com reuniões de trabalho presenciais e virtuais. Nelas, a produção de documentos e orientações específicas, tais quais projetos de normativas e estratégias, levam em consideração conhecimentos *experts* da burocracia pública dos membros do bloco. A representação nessas instâncias é realizada por dirigentes, especialistas e técnicos atuantes nos Ministérios da Saúde dos Estados Partes, que debatem temas observando suas políticas nacionais (QUEIROZ, GIOVANELLA, 2011) e suas possibilidades de aperfeiçoamento e integração.

Para articular o trabalho entre as comissões temáticas e as instâncias setoriais superiores do Mercosul, o SGT n° 11 conta com coordenadores nacionais, e a RMS, com um Comitê Coordenador. Esses coordenadores fazem parte das áreas internacionais dos Ministérios da Saúde. No caso do Brasil, a coordenação nacional é exercida por representantes da AISA.

O Comitê de Coordenadores é o responsável por encaminhar propostas de recomendações, acordos e declarações à RMS (SECRETARIA ADMINISTRATIVA DEL MERCOSUR, 2001). No SGT n° 11, os coordenadores organizam e dão publicidade a atividades, definem prioridades, implementam metodologias de trabalho e aprovam normativas – sob a forma de projetos de resoluções – oriundas das Comissões e Subcomissões para posterior submissão ao Grupo Mercado Comum (GMC). Eles são os responsáveis por observar as políticas e as diretrizes emanadas da RMS para desenvolver a integração regional no âmbito da pauta negociadora da Saúde, considerando

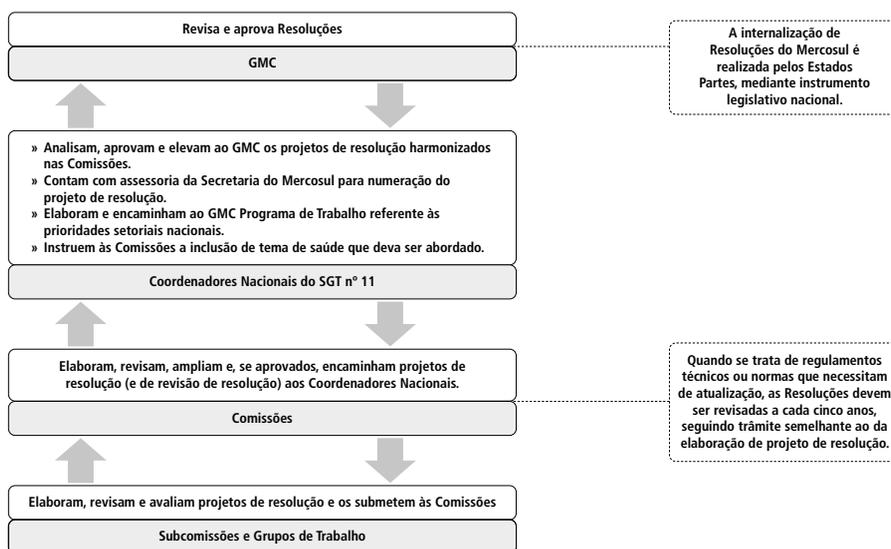
tanto as demais áreas do Mercosul como também outras possibilidades de cooperação internacional (MERCOSUL, GMC, 2014).

3.1 Fluxos e instrumentos de integração regional do Mercosul Saúde

As pactuações do Mercosul Saúde são formalizadas por meio de instrumentos⁶ que estabelecem orientações, modos de interação, planos de ação, funções ou normas para os Estados Partes viabilizarem a integração regional no setor (MERCOSUL, 2018). São instrumentos formais convencionais do Mercosul Saúde as recomendações, declarações e acordos da RMS, além dos projetos de resoluções propostos pelo SGT nº 11 ao GMC.

As resoluções podem ser regulamentos técnicos do Mercosul, documentos que estabelecem características de um produto, de seus métodos ou processos, podendo incluir prescrições de normalização. Devem ser harmonizadas pelos Estados Partes, abrangendo as prescrições em seus dispositivos normativos nacionais (MERCOSUL, GMC, 2017). A produção de resoluções, um dos principais instrumentos técnicos da integração regional em saúde, está detalhada na Figura 1, a seguir.

Figura 1 – Fluxo da produção de resoluções do Mercosul Saúde



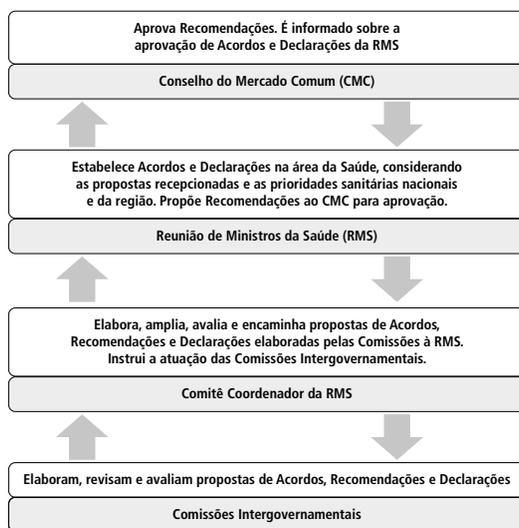
Fonte: Adaptado de Mercosul, GMC, 2017.

⁶ Consideramos os instrumentos de ação pública enquanto dispositivos tecnopolíticos capazes de articular interações orientadas por sentidos e propósitos dos atores que participaram de sua formulação. Podem configurar-se como meios reguladores, ferramentas formais de compulir ação e padrões de conformidade, compreendendo as regras governadoras de comportamentos e resultados (CRUZ, 2017). Para o caso do Mercosul Saúde, falamos em instrumentos de integração regional.

Registra-se, entretanto, que nem todas as resoluções devem ser revisadas. A revisão de resoluções é adotada quando se trata de regulamentos técnicos ou quando se refere a alguma norma que necessita de atualização.

Entre os mais relevantes modos de estabelecimento de compromissos políticos⁷ para a integração regional em saúde está a produção de recomendações, acordos e declarações por meio das Reuniões de Ministros da Saúde. Esses instrumentos referem-se à tomada em conta pelos ministros da Saúde de projetos oriundos das Comissões Intergovernamentais e dos coordenadores nacionais dos Ministérios da Saúde do bloco. O fluxo interacional que produz acordos, recomendações e declarações está detalhado na Figura 2.

Figura 2 – Fluxo da produção de recomendações, acordos e declarações do Mercosul Saúde.



Fonte: Adaptado de Secretaria Administrativa do Mercosul (2001) e atas das Comissões Intergovernamentais e da Comissão de Coordenadores Nacionais.

As declarações podem emanar das prioridades nacionais percebidas pelos ministros, pelas comissões intergovernamentais ou pelos coordenadores nacionais. São exemplos de declarações as firmadas na RMS em Foz do Iguaçu-PR, em 2017, uma referente aos riscos inerentes do consumo nocivo de álcool, estimulando regulamentação mais rigorosa para publicidade, fiscalização e rotulagem de bebidas alcoólicas, e

⁷ Se alguns instrumentos da integração regional em saúde podem referir-se a instruções para a regulação e a normatização nacional, de modo a propor a harmonização das práticas dessas políticas setoriais no bloco, outros instrumentos podem representar as plataformas do Mercosul para a articulação transnacional. Esse é o caso dos processos referentes ao acesso a medicamentos, materializados na Declaração de 2017 discutida neste artigo no item “Práticas de Cooperação Técnica na Integração Regional” a seguir.

outra relativa à gestão de agrotóxicos, que ressalta a competência técnica da saúde para o monitoramento e a vigilância do uso de agrotóxicos, considerando, ainda, os riscos sanitários de intoxicação e a intersetorialidade entre saúde e ambiente.

Os processos de estabelecimento e viabilização dos instrumentos de integração regional do Mercosul Saúde estreitam os laços entre os países, além de configurarem plataformas para novas práticas de cooperação técnica para o aperfeiçoamento de políticas que visam à garantia do direito à saúde e à redução de assimetrias entre os Estados Partes.

4 Práticas de cooperação técnica na integração regional

A AISA coopera com as áreas técnicas do Ministério da Saúde e com os demais Estados Partes do bloco para a viabilização das rotinas e práticas do Mercosul Saúde, considerando suas comissões e demais instâncias, na produção de normativas e outros instrumentos de integração regional e na construção de processos de fortalecimento dos sistemas de saúde da região. A complexa atuação abrange áreas como: Regulamento Sanitário Internacional (RSI), alimentação e nutrição, acesso a medicamentos, doação e transplante de órgãos e tecidos e prevenção combinada no Mercosul.

Ainda que haja inúmeras iniciativas em curso no âmbito do Mercosul Saúde, destacamos as supramencionadas para a representação das possibilidades de aprendizagem técnica, política e administrativa, bem como de aprimoramento da gestão de políticas públicas para o fortalecimento dos sistemas de saúde decorrentes do processo de integração regional.

4.1 Cooperação técnica para fortalecer o cumprimento do RSI⁸

O RSI, acordado pelos Estados membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2005, é um instrumento jurídico internacional de caráter vinculante que pretende prevenir a propagação internacional de doenças, proteger a população, controlar riscos de saúde pública referentes ao trânsito de pessoas e produtos, considerando processos de vigilância nacional e internacional. Tomando em conta o compromisso global, o Mercosul Saúde compartilha e analisa as capacidades de vigilância e resposta dos países, avaliando estratégias de colaboração do monitoramento do RSI e partilhando experiências sobre eventos na região, de modo a potencializar as capacidades dos Estados Partes e associados.

⁸ O artigo de Barbara Pagotto, neste livro, refere-se a uma descrição mais densa com respeito à implementação do RSI no Mercosul.

A RMS conta, desde 2006, com uma Comissão Intergovernamental para a Implementação do RSI (CIRSI). Entre as atividades viabilizadas pela CIRSI/RMS, está o acordo firmado em 2017 para viabilização de Oficina de Cooperação Técnica para a colaboração entre os Estados do bloco, visando à redução de assimetrias, à avaliação e ao fortalecimento do cumprimento do Regulamento (MERCOSUL, RMS, CIRSI 2017). A ação aconteceu em Brasília, durante a Reunião da SGT nº 11 ocorrida em outubro de 2017.

4.2 Segurança alimentar e nutricional

Levando em consideração a Década da Nutrição das Nações Unidas para a Nutrição (2016-2025), o Grupo de Trabalho Segurança Alimentar e Nutricional (GTSAN) foi convertido em Comissão Intergovernamental (CISAN) durante a presidência *pro tempore* do Brasil, no segundo semestre de 2017, conferindo maior visibilidade à questão no âmbito do Mercosul. Essa estrutura congrega aos propósitos do Mercosul Saúde sentidos de fomento a ações intersetoriais que contribuem à garantia do direito à alimentação, à promoção de ações para fortalecer os sistemas de vigilância da qualidade dos alimentos e à prevenção e controle da má nutrição (seja por *déficit* ou por excesso) e das doenças não transmissíveis.

Entre as iniciativas da CISAN, estão propostas de recomendações e acordos para cooperações no bloco regional com caráter transversal entre vários setores, visando, por exemplo, a políticas e medidas regulatórias para a redução do consumo de sódio e para a eliminação do uso de gordura trans industrial nos alimentos. No último caso, a Comissão propôs, por meio de acordo, o incentivo a estratégias de monitoramento e vigilância, retomando a importância dos rótulos nutricionais obrigatórios, recomendando a mudança do uso de gorduras trans por substitutos lipídicos de qualidade nutricional superior e, ainda, o desenvolvimento de pesquisas para soluções tecnológicas com vistas à substituição das gorduras trans (MERCOSUL, RMS, 2017a).

No que tange ao sódio, a RMS contou com o então GTSAN para estabelecer um acordo, em 2015, relativo a medidas regulatórias para a redução de seu consumo. O instrumento considera as metas da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para a redução de consumo de sódio em alimentos processados e ultraprocessados e consensua limites máximos de uso de sódio em alimentos como pães, massas, biscoitos, carnes empanadas e processadas, sopas industrializadas, queijos, macarrões, temperos e aperitivos (MERCOSUL, RMS, 2015). Um dos desafios da CISAN para os próximos anos é que os países consigam comprovar seu engajamento na redução do sódio a partir de estratégias de monitoramento de seu uso e de seu consumo.

4.3 Acesso a medicamentos

Os países da região estão preocupados com a garantia do acesso a medicamentos de alto custo e, de forma coordenada, estão buscando alternativas para essa questão. Para enfrentar os desafios de acesso a medicamentos em âmbito regional, o Mercosul Saúde estabeleceu, em 2015, o Comitê *Ad Hoc* de Negociação de Preços de Medicamentos de Alto Custo, para facilitar as compras de medicamentos e insumos estratégicos, apoiando os países na melhoria do acesso a fármacos essenciais (MERCOSUL, RMS, 2015).

O Acordo da RMS de Montevideu de 2015 estabeleceu o Comitê e trouxe consigo as orientações para a Estratégia da Negociação Conjunta Mercosul de Preços, importante modo de proteção e promoção da saúde pública. Na negociação conjunta, os países têm maior capacidade de reduzir preços em processos de compra de medicamentos de alto custo. A Rodada Conjunta de 2015, única realizada até o momento, visou à negociação dos medicamentos *darunavir*, para HIV/aids, e *sofosbuvir*, *daclatasvir* e *simeprevir*, para hepatite C.

Em junho de 2017, a declaração da RMS de Buenos Aires, com respeito ao acesso a medicamentos e propriedade intelectual, apresentou a relevância da priorização das pautas da saúde pública nas negociações de livre comércio, a adoção de critérios que protejam a saúde pública no que tange às patentes e aos propósitos de fortalecimento do acesso a medicamentos genéricos e bioterapêuticos, reafirmando a Estratégia de 2015. A declaração da RMS uniformizou o posicionamento do Mercosul Saúde, de modo a apresentar a participantes das negociações de acordos de livre comércio a relevância da saúde pública, alertando sobre eventuais riscos da inclusão de cláusulas nesses acordos que possam aumentar os custos de aquisição de medicamentos para os sistemas de saúde, a exemplo de cláusulas que visam à extensão do prazo de proteção patentária de produtos farmacêuticos, por exemplo.

No contexto das negociações⁹ que o Mercosul está construindo com outros países e blocos, como, por exemplo, as negociações para acordos de livre comércio com a União Europeia, a Associação Europeia de Livre Comércio (EFTA) e o Canadá, a declaração apresenta os modos como os Ministérios da Saúde do bloco se posicionam em temas-chave referentes à economia, ao desenvolvimento e à garantia do direito à saúde.

4.4 Doação e transplante de órgãos e tecidos

No que concerne ao acesso da população a transplantes de órgãos e tecidos, a Comissão Intergovernamental de Doação e Transplantes (CIDT), criada em 2006, in-

⁹ Uma discussão mais abrangente com respeito ao acesso a medicamentos consta no artigo de Roberta Vargas, neste livro.

centiva a cooperação na formação de recursos humanos, o desenvolvimento de análises de custos dos transplantes, o estabelecimento de indicadores de qualidade e segurança no processamento, na preservação, na distribuição, no transporte e no implante de órgãos, tecidos e células (ARGENTINA, MS, INCUCAI, 2018).

Importante iniciativa nesse domínio é o Registro Mercosul de Doação e Transplante de Órgãos (DONASUL), apresentado pela CIDT para a RMS em 2011. Esse Registro volta-se à tecnologia de informação para coleta e difusão de dados oficiais do bloco regional, considerando Estados membros e associados no que tange ao registro, ao monitoramento e à avaliação das atividades de doação e transplante de órgãos e tecidos, disponibilizando à comunidade internacional informação oficial, contribuindo ao fortalecimento dos registros locais e possibilitando o estabelecimento de listas de espera regionais de emergência (MERCOSUL, RMS, CIDT, 2017).

No âmbito da CIDT, o Projeto de Capacitação em Doação e Transplante, elaborado em 2016, estabeleceu cinco capacitações: consolidação e expansão do registro Donasul, ministrado por profissionais da Argentina; tratamento de falha intestinal e transplante hepático pediátrico, também ministrado por profissionais argentinos; capacitação em gestão e otimização da detecção de potenciais doadores por morte encefálica, ministrado por profissionais do Uruguai; curso para transplante pulmonar, ministrado por profissionais do Brasil; e o curso de capacitação em doação de tecidos, também ministrado por brasileiros. O projeto segue em implementação e pretende contribuir para o fortalecimento dos sistemas de doação e transplante dos países do Mercosul, reduzindo assimetrias e melhorando a formação dos profissionais envolvidos nos processos de doações e transplantes no bloco (MERCOSUL, RMS, CIDT, 2016).

4.5 Prevenção combinada no Mercosul

Estabelecida em 2002, a Comissão Intergovernamental de HIV/Aids (CIHIV) visa ao fortalecimento e à implementação de comitês de saúde em áreas de fronteira; à promoção de política integrada no âmbito da luta contra a epidemia de HIV/aids na região; ao intercâmbio de experiências, informações e tecnologias; à promoção de instrumentos comuns de gestão e o fortalecimento de programas nacionais; à promoção de acesso a medicamentos para o HIV e doenças oportunistas; e à produção de insumos diagnósticos (BUENO, 2012).

Foi no âmbito da CIHIV que o Mercosul Saúde desenvolveu uma Oficina de Prevenção Combinada em 2017, voltada ao avanço da integração regional. Participaram da Oficina representantes das áreas de saúde de municípios, estados e províncias de fronteira, além de acadêmicos da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), representantes da OPAS e dos Ministérios da Saúde dos países do Mercosul. Na ocasião, foi traçado o panorama geral da prevenção combinada,

considerando as particularidades de cada país e apresentando, ainda, as experiências conjuntas e suas dinâmicas interacionais. O relevante objetivo da oficina foi a articulação intermunicipal em zona fronteiriça, com ênfase nas iniciativas conjuntas e na sensibilização dos gestores para assistência, considerando o fluxo de pessoas do bloco. Foram produtos da oficina as trocas de informações e o estabelecimento de redes entre os participantes, com o potencial de planejamento de ações integradas (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Outras práticas de cooperação técnica regional, além das supracitadas, vêm estabelecendo pontes. São os casos das áreas do desenvolvimento e exercício profissional, do fomento à capacitação e treinamento de inspetores para fiscalizações de substâncias e produtos para a saúde, da avaliação e uso de tecnologias, do controle de enfermidades de transmissão vetorial, da saúde ambiental e do trabalhador, além de temas como controle sanitário de portos, aeroportos, terminais e pontos de fronteiras terrestres, controle do tabaco, sangue e hemoderivados, doenças não transmissíveis e saúde sexual e reprodutiva. Os encontros das instâncias do Mercosul Saúde orientam normativas, identificam prioridades, realizam oficinas formativas, desenvolvem novas práticas, incentivam intercâmbios técnicos e estabelecem, entre gestores e técnicos ministeriais, um senso integrado de promoção e fortalecimento da saúde pública entre os países do Mercosul.

5 Considerações finais: desafios e potencialidades do Mercosul Saúde

O Mercosul Saúde tem se desenvolvido institucionalmente, ampliando suas capacidades de cooperação técnica regional, e encontra-se em profícuo momento de viabilização de iniciativas de integração que começam a afetar, de modo efetivo, a vida das populações. A aproximação entre técnicos e gestores da região, a priorização de temas de fronteira, as iniciativas reguladoras, formativas e de promoção da saúde vêm concretizando desígnios das instâncias institucionais expressos em seus instrumentos e diretrizes organizacionais, que têm como horizonte o fortalecimento dos sistemas de saúde dos Estados Partes.

Apesar de esse movimento estar em curso, existe um potencial ainda não explorado de cooperação em diversas áreas do Mercosul Saúde. Por meio da apresentação das iniciativas, pretendemos incentivar o reconhecimento de estratégias exitosas, visando à pluralização de processos de adensamento da integração regional em saúde.

Para que mais boas práticas sejam proporcionadas, é indispensável pensar em modos de financiamento das iniciativas sanitárias do bloco regional. Os países precisam trazer, em seus orçamentos setoriais da saúde, a integração regional. Por mais que instituições internacionais, como a OPAS, possam financiar projetos, recursos próprios podem trazer maior autonomia temática e de execução de projetos para os países.

Ainda no que tange à priorização da integração neste que é um indispensável setor para o desenvolvimento social da região, vale perceber que alguns dos projetos executados são meramente pontuais. Por mais que as iniciativas de curto prazo sejam importantes, esse efeito pode ser decorrente da alta rotatividade de funcionários públicos responsáveis por exercer representação nas instâncias do Mercosul Saúde. Esse problema pode gerar, para além da efemeridade de algumas iniciativas, baixa memória institucional e dificuldades de estabelecimento de compromissos de longo prazo.

Mais além da aproximação entre técnicos e gestores dos Ministérios da Saúde, importa que haja, também, incentivo à viabilização de plataformas para o diálogo com representantes da academia e da sociedade civil. No caso do setor empresarial, é possível perceber a presença de alguns representantes em instâncias como a COPROSAL. Membros da academia e de entidades de trabalhadores também têm se apresentado pontualmente em encontros, tais como os da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional da COSERATS e de seu Fórum Permanente do Mercosul para o Trabalho em Saúde. A Cúpula Social do Mercosul e a Unidade de Apoio à Participação Social do bloco têm realizado relevantes esforços para aproximação entre os Estados e as populações, mas a possibilidade de interação direta com as instâncias setoriais poderia gerar maior capacidade de incidência das demandas sociais em temas específicos. Seria importante prezar por processos participativos qualificados e frequentes para legitimar e efetivar, de modo cada vez mais intenso, a integração regional em saúde.

Referências

ARGENTINA. Ministerio de Salud. INCUCAI. **Ámbitos de Integración Regional**. Buenos Aires, 2018. Disponível em: <<https://www.incucai.gov.ar/index.php/institucional/integracion-regional/ambitos-de-integracion-regional#mercosur-donasur>>. Acesso em: 13 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resumo da Oficina de Prevenção Combinada da Comissão Intergovernamental de HIV/Aids do Mercosul**. Brasília, 2017.

_____. Ministério das Relações Exteriores. **Organograma do Mercosul**. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://www.mercosul.gov.br/images/pdf/Organograma-MSUL.pdf>>. Acesso em: 1 mar. 2018.

BUENO, Flávia Thedim Costa. **AIDS na fronteira**: uma análise dos acordos e projetos de cooperação internacional do Brasil. 2012. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

CRUZ, Fernanda Natasha Bravo; DAROIT, Doriana. Das vias para o desenvolvimento democrático: regimentos internos de conselhos de políticas públicas como instrumentos de ação pública transversal e participativa. **GIGAPP Estudos Working Papers**, Madri, n. 66-71, p. 231-254, 2017. Disponível em: <<http://www.gigapp.org/ewp/index.php/GIGAPP-EWP/article/view/72/0>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

DI PIETRO PAOLO, L. J. **La dimensión social del MERCOSUR: recorrido institucional y perspectivas.** Disponível em: <<http://www.sciencespo.fr/opalc/sites/sciencespo.fr/opalc/files/mercosur%20social.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

DRAIBE, Sônia Miriam. Coesão social e integração regional: a agenda social do Mercosul e os grandes desafios das políticas sociais integradas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. S174-S183, 2007.

LAISNER, Regina. Em busca de um referencial teórico para outra integração do Mercosul: diálogos com o novo regionalismo e leituras do desenvolvimento. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS, 5., 2015, Belo Horizonte. 2015. Disponível em: <<http://www.encontronacional2015.abri.org.br/arquivo/downloadpublic?q=YToyOntzOjY6InBhcmFt-cyI7czoZNToiYT0xOntzOjEwOjJRRF9BUlFVSVZPJlztOjQ6IjQ2NTMiO30iO3M6MToiaCI7czoZMjoiM-WFmMGI5N2VmMGExMTkxNDUyOTBkOTgxYWEyYTFjYTUiO30%3D>>. Acesso em: 3 fev. 2018.

MACHADO, Maria Helena; PAULA, Aída El-khoury de; AGUIAR FILHO, Wilson. O trabalho em saúde no Mercosul: uma abordagem brasileira sobre a questão. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. S292-S301, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007001400018&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 30 jan. 2018.

MERCOSUL. **Carta de Buenos Aires sobre Compromisso Social no Mercosul, Bolívia e Chile.** Buenos Aires, 2000.

_____. **Normativas e documentos oficiais.** Montevideu, 2018. Disponível em: <<http://www.mercosur.int/innovaportal/v/5777/3/innova.front/normativa-e-documentos-oficiais>>. Acesso em: 23 fev. 2018.

_____. **Tratado de Assunção.** Assunção, 1991.

_____. **Protocolo de Ouro Preto.** Ouro Preto, 1994.

_____. Grupo Mercado Comum. **Mercosur/XCIV GMC/ DT N° 17/14.** Pauta negociadora do SGT 11. Revogação da Res. GMC N° 13/07. 2014. Disponível em: <http://www.anmat.gob.ar/webanmat/mercosur/ACTA01-14/AGREGADO_XII_DT17_Pauta_Negociadora_SGT_N_11.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2018.

_____. Grupo Mercado Comum. **Mercosul/GMC/RES. N° 45/17.** Procedimentos para a elaboração, revisão e revogação de regulamentos técnicos Mercosul e procedimentos Mercosul de avaliação da conformidade. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.inmetro.gov.br/barreirastecnicas/pdf/acordos/RES_045-2017__Revogacao_revisao_e_elaboracao_de_RTM_Mercosul.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2018.

_____. Instituto Social do Mercosul. **A dimensão social do Mercosul: marco conceitual.** Assunção: ISM, 2012.

_____. Reunião de Ministros e Autoridades de Desenvolvimento Social. **Plano Estratégico de Ação Social do Mercosul.** Assunção, 2012. Disponível em: <<http://www.mercosur.int/innovaportal/v/6582/9/innova.front/plano-estrategico-de-ac%-C3%A3o-social-peas>>. Acesso em: 25 fev. 2018.

_____. Reunião de Ministros de Saúde. **Mercosul/RMS/Acordo n° 02/15.** Recomendações de políticas e medidas regulatórias para a redução do consumo de sódio. Brasília, 2015. Disponível em: <[http://gd.mercosur.int/SAM%5CGestDoc%5Cpubweb.nsf/A25A8FC8C1BE8C99032582E9006EC0F1/\\$File/Acordo%2002-15_Consumno%20de%20S%C2%A2dio_PT.pdf](http://gd.mercosur.int/SAM%5CGestDoc%5Cpubweb.nsf/A25A8FC8C1BE8C99032582E9006EC0F1/$File/Acordo%2002-15_Consumno%20de%20S%C2%A2dio_PT.pdf)>. Acesso em: 25 fev. 2018.

_____. Reunião de Ministros de Saúde. **Acordo nº 03/17**. Reorganização temática e institucional das comissões intergovernamentais vinculadas ao foro da reunião de ministros da saúde do Mercosul. Foz do Iguaçu, 2017.

MERCOSUL. Reunião de Ministros de Saúde. **Acordo nº 02/17**. Políticas e medidas regulatórias para a eliminação gradual de gordura trans de origem industrial nos alimentos. Foz do Iguaçu, 2017a.

_____. Reunião de Ministros de Saúde. **Acordo nº 05/15**. Criação do Comitê Ad Hoc para negociação de preços de medicamentos de alto custo nos estados partes e associados do Mercosul. Montevideú, 2015.

_____. Reunião de Ministros de Saúde. **Declaração dos Ministros da Saúde do Mercosul e Estados associados sobre acesso a medicamentos, à saúde pública e à propriedade intelectual**. Buenos Aires, 2017b.

_____. Reunião de Ministros de Saúde. Comissão Intergovernamental Doação e Transplantes. **Ata nº 02/17**. Reunião da Comissão Intergovernamental de Doação e Transplante (CIDT), preparatória da Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul. Porto Alegre, 2017.

_____. Reunião de Ministros de Saúde. Comissão Intergovernamental de Regulamento Sanitário Internacional. **Ata nº 02/17**. Reunião da Comissão Intergovernamental de Regulamento Sanitário Internacional (CIRSI), preparatória para a Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul. Brasília, 2017.

_____. Secretaria Administrativa del Mercosur. **Mercosur: normas de funcionamiento**. Montevideú, Nov. 2001. (Serie Temática, año 1 vº 1).

QUEIROZ, Luisa Guimaraes; GIOVANELLA, Ligia. Agenda regional da saúde no Mercosul: arquitetura e temas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 30, n. 2, p. 182-188, Washington, 2011. Disponível em: <https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892011000800011&script=sci_abstract>. Acesso em: 2 fev. 2018.

SANAHUJA, J. Del regionalismo abierto al regionalismo post-liberal: crisis y cambio en la integración regional en América Latina. **Anuario de la integración regional de América Latina y el Gran Caribe**, v. 7, p. 12-54, 8 may 2017. Disponível em: <<http://eprints.ucm.es/42566/1/sanahuja%20del%20regionalismo%20abierto%20al%20regionalismo%20postliberal.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2018.

SATO, Nathalie Suemi Tiba. **A evolução da dimensão social da integração regional: o caso das normas do Mercosul-Saúde**. 2014. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

_____. **Estrutura institucional do Mercosul**. Montevideú, 2012. Disponível em: <http://www.mercosur.int/innovaportal/file/3878/1/estructura.noviembre_es.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2018.

O Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005) na agenda de cooperação em saúde do Mercosul e a emergência do vírus zika

Barbara Frossard Pagotto¹

Resumo

O Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005), acordo firmado no âmbito da Organização Mundial da Saúde (OMS) que estabelece procedimentos para proteção contra a propagação internacional de doenças, inovou os campos da regulação e da governança em saúde pública. Desde seu processo de revisão, o RSI 2005 tem fomentado a cooperação regional em saúde no Mercosul. Os Estados Partes do bloco, além de coordenarem suas posições nos foros internacionais sobre a matéria, instituíram uma comissão específica para tratar de temáticas relacionadas ao Regulamento. Este artigo analisa os principais mecanismos estabelecidos pelo RSI contra a propagação internacional de doenças e sua aplicação durante a emergência do vírus zika, além das iniciativas desenvolvidas no âmbito do Mercosul voltadas à implementação do RSI, evidenciando a importância do bloco como espaço de articulação política e técnica nessa matéria.

Palavras-chave: Mercosul. Integração regional. Regulamento Sanitário Internacional. Zika. Cooperação internacional.

1 Introdução

O Regulamento Sanitário Internacional (RSI) é o principal mecanismo internacional, vinculante a todos os Estados membros da Organização Mundial da Saúde (OMS), estabelecido com o objetivo de “prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças, de maneiras proporcionais e restritas aos riscos para a saúde pública e que evitem interferências desnecessárias com o tráfego e o comércio internacionais” (ANVISA, 2009, artigo 2º).

Quando comparado a versões anteriores dos regulamentos sanitários adotados pela OMS, constata-se que o RSI 2005 trouxe mudanças importantes nos procedimentos aplicados ao enfrentamento de epidemias, introduzindo novos conceitos e prerrogativas, como a declaração de “emergência de saúde pública de importância internacional” (RSI, artigo 12). Adotar um regulamento dessa natureza e vinculante aos

¹ Mestre e bacharel em Relações Internacionais pela Universidade de São Paulo (USP).

196 Estados Partes do RSI não foi processo simples e célere, compreendendo diversas etapas de negociação e impasses (PAGOTTO; 2016, p.25).

O longo e complexo processo de negociação do RSI durou dez anos e envolveu preocupações e interesses que extrapolavam o campo da saúde pública, como direitos humanos, comércio e segurança internacional (Ibid., p.7). Tendo em vista a complexidade do tema, países sul-americanos iniciaram uma articulação regional, notadamente no âmbito do Mercosul², realizando reuniões e seminários com o objetivo de construir posições conjuntas para serem levadas à Assembleia Mundial da Saúde (AMS), no âmbito da qual o Regulamento foi negociado e adotado.

O RSI tornou-se, assim, tema prioritário nas agendas dos foros específicos para saúde no Mercosul: o Subgrupo de Trabalho nº 11 “Saúde”³ (SGT 11), criado em 1996, e a Reunião de Ministros da Saúde⁴, instituída em 1995, ao qual estão vinculadas Comissões Intergovernamentais temáticas. Esses dois foros constituem o que ficou conhecido como “Mercosul Saúde”⁵. Os esforços de articulação política despendidos ao longo do processo de negociação do RSI desdobraram-se em ações concretas de cooperação, com a criação de uma comissão específica do Mercosul para tratar temáticas relacionadas ao Regulamento.

Este artigo tem como objetivo analisar as principais mudanças trazidas pelo Regulamento de 2005 para combater a propagação internacional de doenças, com breve análise de caso sobre a emergência de saúde pública provocada pela epidemia do vírus zika em 2016 e com destaque para a atuação da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA) do Ministério da Saúde nesse contexto.

O artigo apresentará, também, como o RSI estimulou a cooperação regional em saúde, sobretudo no âmbito do Mercosul. Serão destacadas a participação dos Estados Partes do bloco no processo de negociação do RSI e as iniciativas desenvolvidas para facilitar a implementação do Regulamento no bloco. Na impossibilidade de abordar todas as ações voltadas à implementação do Regulamento, será dada ênfase à criação da Comissão Intergovernamental de Implementação do RSI (CIRSI) do Mercosul e às principais atividades e projetos desenvolvidos no âmbito da CIRSI.

² Bloco constituído em 1991 por Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, com a assinatura do Tratado de Assunção. Atualmente, a Bolívia é um Estado Parte em processo de adesão ao Mercosul. Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Peru e Suriname são Estados associados ao bloco. México e Nova Zelândia são países observadores. Em 2012, a Venezuela ingressou como Estado Parte do Mercosul e, no final de 2016, foi suspensa do bloco.

³ Subgrupo instituído pela Resolução do Grupo de Mercado Comum 151/1996.

⁴ Foro criado pela decisão do Conselho do Mercado Comum do Mercosul 03/1995.

⁵ Ver, a esse respeito, o artigo de Wesley Lopes Kuhn e Sonia Maria Pereira Damasceno, “A integração regional para o fortalecimento dos sistemas de saúde: o caso do Mercosul”.

2 O Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005)

Desde a primeira Conferência Sanitária Internacional, em 1851, até a criação da OMS, em 1948⁶, a cooperação internacional visando ao controle de doenças infecciosas foi marcada pela celebração de convenções internacionais voltadas para doenças específicas, com vinculação de um número limitado de países, contexto que foi definido por Fidler (2005, p.38) como verdadeiro “*patchwork of treaties on infectious diseases*”⁷.

Com a criação da OMS, regulamentos sanitários internacionais passam a ser adotados pela Organização, tornando-se os principais instrumentos para controlar a propagação internacional de doenças. O primeiro regulamento foi adotado em 1951, sendo substituído por outro em 1969, que sofreu alteração em 1981, com a erradicação da varíola, e permaneceu vigente até o início do processo de revisão, em 1995. Característica importante dos primeiros regulamentos era seu restrito escopo de aplicação, que estava limitado a uma lista específica de doenças⁸, tornando o regime internacional para o controle de doenças pouco flexível e eficiente.

A preocupação com as doenças infecciosas emergentes e reemergentes⁹ no final da década de 1980 foi determinante para que a OMS reconhecesse a precariedade de seu sistema de vigilância e de controle de doenças, frente às deficiências do RSI de 1969, e buscasse redefinir sua rede de vigilância global de saúde. O melhor exemplo desse imperativo de resposta globalizada a emergências em saúde foi a aceitação pela comunidade internacional da necessidade de revisão do RSI em 1995¹⁰ (DAVIES; KAMRADTSCOTT, RUSHTON, 2015, p.2).

Após dez anos de negociação, a adoção do RSI em 2005 pela AMS¹¹ representou mudança drástica tanto nos métodos e nos procedimentos aplicados ao controle internacional de doenças quanto na cooperação internacional em saúde, introduzindo nova lógica que combina objetivos de saúde pública com estratégias de segurança sanitária mundial (FILDER, 2005, p. 328).

Enquanto os dois primeiros regulamentos aplicavam-se somente a uma lista específica e restrita de doenças, dependiam inteiramente da notificação dos Estados e

⁶ A Carta constitutiva da OMS entrou em vigor no dia 07 de abril de 1948. Para informações sobre o histórico da Organização, consultar: <<http://www.who.int/about/history/en/>>.

⁷ “Colcha de retalhos de tratados sobre doenças infecciosas”, em tradução livre.

⁸ O RSI de 1951 era aplicável apenas a seis doenças (cólera, peste negra, varíola, febre amarela, tifo e febre recorrente). O RSI de 1969 possuía escopo de aplicação ainda mais limitado, pois aplicava-se somente à cólera, à peste, à febre amarela e à varíola. Com a erradicação da varíola em 1981, o RSI de 1969 passou a ser aplicável apenas às três doenças restantes.

⁹ Destaca-se a emergência de doenças como a Febre do Nilo ocidental, a Febre de Lassa, a Febre de Marburg e a epidemia do HIV/aids e a reemergência de doenças como tuberculose, malária e meningite.

¹⁰ O processo de revisão do RSI teve início com a resolução da Assembleia Mundial da Saúde WHA 48.7 de 1995.

¹¹ O RSI foi aprovado por meio da resolução da Assembleia Mundial da Saúde WHA 58.3, em maio de 2005. Resolução disponível no link: <http://www.who.int/ipcs/publications/wha/58/wha58_3_resolution.pdf>.

concentravam-se na utilização de medidas nas fronteiras para combater a transmissão internacional de doenças, o atual RSI introduz novos conceitos e categorias que redimensionam o controle internacional de doenças, estabelecendo uma abordagem que cobre todos os riscos possíveis, independentemente de sua fonte ou origem, caracterizando uma “*all-risks approach*”¹² (FIDLER; GOSTIN, 2006; p. 3).

Os conceitos de “doença”¹³, “evento”¹⁴, “risco para a saúde pública”¹⁵ e “emergência de saúde pública de importância internacional”¹⁶ (ESPII), trazidos pelo RSI, juntamente com o dever do Estado de notificar a OMS “sobre todos os eventos em seu território que possam constituir uma emergência de saúde pública de importância internacional” (RSI, artigo 6), consubstanciam a expansão do escopo do RSI, tornando-o “*dynamic, flexible, and forward-looking*”¹⁷ (FIDLER; 2005, p. 362).

Para auxiliar os Estados na notificação de eventos que possam constituir uma ESPII, o RSI traz um novo mecanismo, que consiste em um algoritmo composto, basicamente, por quatro perguntas a serem respondidas pelo Estado durante a avaliação de risco: (i) o impacto sobre a saúde pública é grave?; (ii) o evento é incomum ou inesperado?; (iii) há um risco significativo de propagação internacional?; (iv) há um risco significativo de restrições ao comércio internacional? (RSI, Anexo 2). Se a resposta a duas dessas perguntas for positiva, o Estado deve notificar o evento à OMS em até 24 horas após essa avaliação.

A criação do conceito de ESPII como uma categoria aberta, que não se encerra em doenças infecciosas, englobando doenças existentes, emergentes e potenciais e a formulação do algoritmo para auxiliar os Estados na avaliação e notificação dos eventos, são os mecanismos introduzidos pelo RSI que redimensionam o controle internacional de doenças, estabelecendo uma vigilância global de emergências (WEIR, 2010), cujo foco não mais é a aplicação de medidas nas fronteiras, mas a contenção dos riscos de saúde pública em sua origem.

O diretor-geral da OMS desempenha papel importante nessa vigilância global de emergências, uma vez que o RSI confere prerrogativas à OMS que reforçam sua autoridade e autonomia no controle internacional de doenças. Cabe ao diretor-geral

¹² “Abordagem de todos os riscos”, em tradução livre.

¹³ Doença “significa uma doença ou agravo, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para seres humanos” (RSI, artigo 1º).

¹⁴ Evento “significa uma manifestação de doença ou uma ocorrência que apresente potencial para causar doença” (RSI, artigo 1º).

¹⁵ Risco para a saúde pública “significa a probabilidade de um evento que possa afetar adversamente a saúde de populações humanas, com ênfase naqueles que possam se propagar internacionalmente ou possam apresentar um perigo grave e direto” (RSI, artigo 1º).

¹⁶ ESPII “significa um evento extraordinário que, nos termos do presente Regulamento, é determinado como: (i) constituindo um risco para a saúde pública para outros Estados, devido à propagação internacional de doença (ii) potencialmente exigindo uma resposta internacional coordenada” (RSI, artigo 1º).

¹⁷ “Dinâmico, flexível e voltado para o futuro”, em tradução livre.

decidir sobre o início e o fim de uma ESPII (RSI, artigo 12), podendo utilizar, para isso, informações de outras fontes, para além das consultas e das notificações estatais (RSI, artigo 9). Dessa forma, o diretor-geral pode declarar uma ESPII independentemente da notificação e do consentimento do Estado afetado, apoiando-se na opinião de um Comitê de Emergência, cujos membros são recrutados de modo autônomo pela Organização (RSI, artigo 48).

Para declarar uma ESPII, o diretor-geral da OMS deve levar em consideração: (i) as informações recebidas pelo Estado Parte; (ii) o instrumento de decisão do Anexo 2; (iii) o parecer do Comitê de Emergências; (iv) os princípios e evidências científicas e outras informações disponíveis; (v) uma avaliação de risco para a saúde humana, do risco de propagação internacional da doença e do risco de interferência com o tráfego internacional (RSI, artigo 12).

Quando uma ESPII é declarada, o diretor-geral tem, ainda, a prerrogativa de emitir recomendações temporárias, que poderão incluir medidas de saúde a serem implementadas pelo Estado Parte vivenciando a emergência em saúde ou por outros Estados Partes em relação a pessoas, bagagens, cargas, meios de transporte e mercadorias. Essas recomendações têm os objetivos de evitar ou reduzir a propagação internacional de doenças e evitar interferências desnecessárias sobre o tráfego internacional (RSI, artigo 15).

Com vistas a conter, em sua fonte, doenças de potencial alcance internacional e que demandam cooperação para serem enfrentadas, o RSI determina medidas de vigilância e resposta em saúde pública a serem implementadas pelos Estados. Essas medidas envolvem o desenvolvimento, o fortalecimento e a manutenção de capacidades básicas de saúde pública nos níveis local, regional e nacional, para detectar, avaliar e notificar eventos de doenças e responder de forma efetiva aos riscos e emergências de saúde pública (RSI, artigo 5)¹⁸.

Desde a entrada em vigor do RSI, em 15 de junho de 2007, quatro emergências de saúde pública de importância internacional foram declaradas, referentes às seguintes doenças:

Quadro 1 – As ESPII

Doença	Início da emergência	Fim da emergência
Gripe H1N1	25 de abril de 2009	10 de agosto de 2010
Poliomelite	05 de maio de 2014	-
Ebola	08 de agosto de 2014	29 de março de 2016
Zika	1º de fevereiro de 2016	18 de novembro de 2016

Fonte: WHO Committees and Expert Roster, 2018¹⁹.

¹⁸ Essas capacidades básicas são detalhadas no Anexo 1 do RSI.

¹⁹ Informações sobre os comitês de emergência convocados com base no RSI disponíveis no link: <http://www.who.int/ihr/procedures/ihr_committees/en/>.

Antes de declarar uma ESPII, o diretor-geral convoca um Comitê de Emergências, conforme artigo 48 do RSI, o qual emitirá parecer sobre se o evento notificado constitui uma ESPII e decidir propostas de recomendações temporárias aplicáveis ao caso. Até julho de 2018, além dos Comitês de Emergências para as ESPII declaradas, foram convocados Comitês de Emergências sobre a Síndrome Respiratória do Oriente Médio de coronavírus (MERS-Cov)²⁰, de 2013 a 2015, sobre a febre amarela em Angola e na República Democrática do Congo, de 2014 a 2016, sobre o surto de ebola em Angola e na República Democrática do Congo, em 2016²¹, e novamente sobre o surto de ebola na República Democrática do Congo, em 2018.

O Comitê de Emergência para o poliovírus²², em sua mais recente reunião, realizada no dia 10 de maio de 2018, manteve a recomendação de que o risco de propagação internacional do poliovírus permanece uma emergência de saúde pública de importância internacional. Essa recomendação foi aceita pelo diretor-geral da OMS, que estendeu as recomendações temporárias do emitidas pelo Comitê por mais três meses²³.

3 Emergência internacional de saúde: vírus zika e microcefalia

Os primeiros rumores em relação à propagação do vírus zika no Brasil ocorreram em fevereiro de 2015, a partir do surto de doenças exantemáticas²⁴ registrado no estado do Maranhão (OLIVEIRA, 2017, p.50). Até abril de 2015, os eventos relacionados ao zika foram avaliados apenas como evento incomum ou inesperado, não configurando potencial ESPII na avaliação do Ministério da Saúde à época.

Com a ocorrência de casos de microcefalia em Pernambuco, o Brasil, após avaliação de risco com base no artigo 7º do RSI²⁵, enviou novas informações à OMS, em 23 de outubro de 2015, classificando os casos de microcefalia como evento incomum ou inesperado.

Frente à alteração do padrão epidemiológico da ocorrência da microcefalia quando comparada aos dados históricos da doença, o Ministério da Saúde, em 11 de novembro de 2015, declarou o vírus zika e sua associação à microcefalia uma emer-

²⁰ Para maiores informações sobre o Comitê de Emergência sobre o MERS-Cov, consultar o link: <http://www.who.int/ihr/procedures/statements_20130709/en/>.

²¹ Para maiores informações sobre o Comitê de Emergência sobre a Febre Amarela, consultar o link: <<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/ec-yellow-fever/en/>>.

²² A poliomielite foi declarada ESPII em maio de 2014, frente aos casos da doença provocados pelo poliovírus selvagem no Afeganistão, Camarões, Nigéria, Guiné Equatorial, Etiópia, Israel, Nigéria, Paquistão, Somália e na República Árabe da Síria.

²³ Reunião do Comitê de Emergências para o poliovírus, realizada no dia 10 de maio de 2018: <<http://www.who.int/news-room/detail/10-05-2018-statement-of-the-seventeenth-ihr-emergency-committee-regarding-the-international-spread-of-poliovirus>>.

²⁴ Doenças exantemáticas são aquelas em que o quadro clínico é acompanhado de manifestações cutâneas.

²⁵ O artigo 7º do RSI dispõe sobre o compartilhamento de informações durante eventos sanitários inesperados ou comuns.

gência em saúde pública de importância nacional (ESPIN)²⁶, por meio da Portaria nº 1.813/2015 do Ministério da Saúde. Com a declaração de ESPIN, foi instituído o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COES), e medidas extraordinárias foram propostas para o enfrentamento da emergência (Ibid., p.56).

Ainda em novembro, o Brasil fez nova notificação à OMS com a atualização de risco, classificando o evento como possível ESPII²⁷, tendo em vista que atendia aos seguintes critérios: (i) impacto grave sobre a saúde pública, pois o vetor estava presente em todo território nacional; (ii) evento comum e inesperado, uma vez que não se esperava óbito ou infecção congênita decorrente do vírus zika; e (iii) risco significativo de propagação internacional, pelo fato de o agente ser transmitido por vetores que estão presentes em todos os países da região (ibid, p.57).

Nesse contexto, com base na situação epidemiológica do Brasil e da Polinésia Francesa, que notificou à OMS, em janeiro de 2016, casos de síndrome de Guillain Barré²⁸ em uma frequência 20 vezes superior aos anos anteriores, a diretora-geral da OMS, Margaret Chan, declarou o vírus zika e sua associação à microcefalia emergência de saúde pública de importância internacional no dia 1º de fevereiro de 2016, com base no parecer do Comitê de Emergências²⁹.

A primeira reunião do Comitê de Emergências da OMS para o vírus zika contou com a participação de representantes de Brasil, El Salvador, Estados Unidos e França, países que forneceram informações acerca da potencial associação entre microcefalia e outros distúrbios neurológicos ao vírus zika. O Comitê, além de aconselhar à diretora-geral a declaração de emergência, apresentou recomendações temporárias a serem adotadas pelos países relacionadas à transmissão do vírus, a medidas de longo prazo, a medidas relacionadas a viagens internacionais e ao compartilhamento de dados³⁰.

²⁶ O Decreto nº 7.616, de 2011, dispõe sobre a declaração de uma emergência de saúde pública de importância nacional. Decreto disponível no link: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7616.htm>.

²⁷ Essa atualização ocorreu após a confirmação de identificação do vírus zika em tecido de pacientes que evoluíram para óbito, sendo dois adultos e um recém-nascido com microcefalia. Esse foi o primeiro registro de óbitos associados à infecção pelo vírus zika na história (OLIVEIRA, 2017, p. 57).

²⁸ A síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma doença incomum do sistema nervoso em que o próprio sistema imunológico ataca as células nervosas da pessoa, causando fraqueza muscular e, por vezes, paralisia. Os países afetados pela epidemia do vírus zika relataram o aumento do número de pessoas com a síndrome Guillain Barré. Desde a descoberta do vírus zika, em 1942, até outubro de 2016, não havia descrição de óbitos ou casos graves da doença, sendo a síndrome de Guillain-Barré a única manifestação grave, afetando o sistema nervoso central possivelmente associada à infecção, sendo descrita a partir do surto da Polinésia Francesa (2013), além da descrição de alguns casos no Brasil em junho de 2015 (OLIVEIRA; 2017, p.19).

²⁹ Primeira reunião do Comitê de Emergências sobre o vírus zika: <[http://www.who.int/en/news-room/detail/01-02-2016-who-statement-on-the-first-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-\(ihr-2005\)-emergency-committee-on-zika-virus-and-observed-increase-in-neurological-disorders-and-neonatal-malformations](http://www.who.int/en/news-room/detail/01-02-2016-who-statement-on-the-first-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-(ihr-2005)-emergency-committee-on-zika-virus-and-observed-increase-in-neurological-disorders-and-neonatal-malformations)>.

³⁰ As recomendações do Comitê de Emergências podem ser acessadas no link: <[http://www.who.int/en/news-room/detail/01-02-2016-who-statement-on-the-first-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-\(ihr-2005\)-emergency-committee-on-zika-virus-and-observed-increase-in-neurological-disorders-and-neonatal-malformations](http://www.who.int/en/news-room/detail/01-02-2016-who-statement-on-the-first-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-(ihr-2005)-emergency-committee-on-zika-virus-and-observed-increase-in-neurological-disorders-and-neonatal-malformations)>.

Após a declaração da ESPII, o Comitê de Emergências passou a reunir-se frequentemente, para avaliar a situação epidemiológica dos países afetados pela epidemia do zika e emitir, prorrogar ou modificar as recomendações temporárias, com base no artigo 15 do RSI. Desde a declaração da ESPII, o Comitê de Emergências reuniu-se cinco vezes até o fim da emergência³¹, o que ocorreu em novembro de 2016³². A cada reunião, as recomendações eram atualizadas e divulgadas no site da OMS.

Apesar de a OMS ter declarado o fim da emergência internacional para o vírus zika em 18 de novembro de 2016, o zika e sua associação com a microcefalia e outras alterações neurológicas permaneceram como emergência de saúde pública de importância nacional até dia 11 de maio de 2017³³, quando o Ministério da Saúde declarou o término da ESPIN.

Durante a emergência internacional do zika, além de o Brasil ter seguido as recomendações da OMS e implementado ações para o enfrentamento da epidemia, reforçando seus sistemas de vigilância e resposta, como com a instituição da Rede Nacional de Especialistas em Zika e Doenças Correlatas (Renezika)³⁴, o país envolveu-se em múltiplas iniciativas internacionais de cooperação, intercâmbio e pesquisa.

Nesse contexto, a demanda por cooperação internacional, os pedidos de reuniões e consultas, tanto multilaterais quanto bilaterais, em especial com o Ministro da Saúde e suas áreas técnicas, aumentaram substancialmente. Para que o Brasil pudesse atender às propostas de cooperação de forma exitosa, realizar o acompanhamento das reuniões e das ações internacionais sobre o tema e fornecer aos países os dados epidemiológicos atualizados, a atuação da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA) do Ministério da Saúde foi fundamental.

No quadro a seguir, são listadas, de modo não exaustivo, algumas ações que contaram com o apoio e o envolvimento da AISA na organização e no acompanhamento dessas atividades.

-2005)-emergency-committee-on-zika-virus-and-observed-increase-in-neurological-disorders-and-neonatal-malformations>.

³¹ O Comitê de Emergências realizou cinco reuniões: em 1º de fevereiro de 2016; 8 de março de 2016; 14 de junho de 2016; 2 de setembro de 2016 e 18 de novembro de 2016.

³² Quinta reunião do Comitê de Emergência sobre o vírus zika: <[http://www.who.int/en/news-room/detail/18-11-2016-fifth-meeting-of-the-emergency-committee-under-the-international-health-regulations-\(2005\)-regarding-microcephaly-other-neurological-disorders-and-zika-virus](http://www.who.int/en/news-room/detail/18-11-2016-fifth-meeting-of-the-emergency-committee-under-the-international-health-regulations-(2005)-regarding-microcephaly-other-neurological-disorders-and-zika-virus)>.

³³ <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/722-svs-noticias/28348-ministerio-da-saude-declara-fim-da-emergencia-nacional-para-zika-e-microcefalia>>.

³⁴ O Renezika foi instituído em 20 de maio de 2016 pela Portaria nº 1.046, com o objetivo de integrar gestores, pesquisadores e representantes da sociedade civil, facilitando a formulação e a implantação de ações e políticas para o enfrentamento da infecção pelo vírus Zika e doenças correlatas no âmbito local, regional e nacional.

Quadro 2 – Ações acompanhadas pela AISA

Visitas	Reuniões	Cooperação	Multilateral
Visita da delegação da OPAS/OMS para conhecer a situação da microcefalia (maio/2016) ¹	Reunião do ministro da Saúde do Brasil com a ministra de Estado da Saúde, Trabalho e Bem-Estar do Japão (Brasília, agosto/2016) ²	Cooperação bilateral Brasil-Rússia para o enfrentamento ao zika ³ .	Oficina Regional sobre Vigilância, Controle e Manejo de Zika, Dengue e Chikungunya na Região Amazônica da Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA) (novembro/2016)
Visita da diretora-geral da OMS, Margaret Chan, ao Brasil (fevereiro/2016)	Reunião de Especialistas da OPAS/OMS: Rumo ao desenvolvimento de uma agenda de pesquisa para a caracterização do surto de vírus zika e suas implicações para a saúde pública nas Américas (março/2016)	Cooperação bilateral Brasil-Estados Unidos para enfrentamento ao zika ⁴	Projeto "Fortalecimento da Capacidade Regional da América Latina e do Caribe para Controle Integrado de vetores particularmente Vírus Zika" com a Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA)
Missão a Galveston, Texas/EUA, para celebração de acordo entre o Ministério da Saúde e Universidade do Texas Medical Branch (UTMB) para desenvolvimento da vacina contra o zika (fevereiro/2016)	Reunião de cientistas de Argentina, Brasil, Colômbia, EUA e da OPAS/OMS e dos Estados Unidos sobre a definição da Síndrome Congênita do zika no Brasil (julho/2016)	Cooperação bilateral Brasil-França para o enfrentamento ao zika ⁵	Acompanhamento das reuniões do Comitê de Emergências do RSI sobre o vírus zika (fevereiro, março, junho, setembro e novembro de 2016)
Missão com delegação japonesa aos estados de Pernambuco e Paraíba (março/2016) ⁶	Reunião com embaixadores dos Estados membros da União Europeia (fevereiro/2016)	Programa Internacional "Eliminar a Dengue: Nosso Desafio" ⁷	Memorandos de entendimento e declarações com países e organizações, como com a Organização dos Estados Americanos (OEA) e o Mercosul ⁸

¹ Em maio de 2016, representantes da OPAS e OMS vieram ao Brasil para conhecer a epidemia de zika nos diferentes níveis governamentais. Os representantes estiveram em Brasília/DF, Recife/PE, João Pessoa/PB e Belém/PA para reuniões institucionais.

² Os ministros trocaram impressões sobre o enfrentamento ao zika e a dengue e discutiram outros temas como a política antídoto brasileira.

³ Areas contempladas pela vigilância na Área da Proteção de Direitos do Consumidor e do Bem-Estar Humano da Federação Russa incluem vigilância epidemiológica, diagnóstico, estudos sobre genética específica do vírus e medidas preventivas.

⁴ Cooperação realizada com base no Memorando de Entendimento em Saúde e Ciências Médicas assinado em 2015 pelo Ministério da Saúde do Brasil e o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos. Parte da cooperação bilateral Brasil-EUA envolveu a definição de um plano de trabalho emergencial para o desenvolvimento de ações em resposta ao vírus zika e sua associação com a microcefalia que compreendeu o seguintes eixos: desenvolvimento de vacinas e tratamento; desenvolvimento de ferramentas de diagnóstico; fortalecimento do acompanhamento e atenção à saúde; pesquisa; controle vetorial; vigilância e estudos epidemiológicos.

⁵ Brasil e França pactuaram um plano de trabalho bianual durante o Comitê franco-brasileiro da saúde, ocorrido em Brasília, nos dias 23 e 24 de julho de 2015, no âmbito do qual a cooperação em zika pode ser enquadrada, juntamente com ações referentes a doenças infecciosas, desafios da transmissão epidemiológica e a promoção e difusão de inovação em saúde, governança dos sistemas de saúde e ações de cooperação transfronteiriça.

⁶ O Objetivo da missão foi discutir cooperação prospectiva em resposta à epidemia do Zika e outras possibilidades de cooperação.

⁷ Trazido ao país pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e apoiado pelo Ministério da Saúde, o projeto integra o esforço internacional e sem fins lucrativos do Programa "Eliminate Dengue: Our Challenge", que estuda uma abordagem inovadora para reduzir a transmissão do vírus da dengue pelo Aedes Aegypti de forma segura, natural e sustentável. O Projeto conta com recursos diretos da Fundação Bill & Melinda Gates.

⁸ "Declaração de las Ministras y Ministros de Salud del MERCOSUR y Estados Asociados Ante la Grave Situación Epidemiológica Determinada por Enfermedades Transmisibles por el Aedes Aegypti: Dengue, Zika e Chikungunya". Assinada em 3 de fevereiro de 2016. Em maio de 2016, Brasil e EUA negociaram um projeto de declaração sobre o combate ao vírus Zika. O projeto de declaração foi aprovado pela XLVI Asamblea Geral da OEA em Junho de 2016 "Declaration on Zika Virus: Inter-American Cooperation to meet a Global Health Threat".

A AISA desempenhou papel importante na atualização de dados e na produção de informes transmitidos aos países solicitantes e a postos diplomáticos do Brasil no exterior acerca da situação epidemiológica, das principais ações conduzidas e das fontes suplementares de informações sobre o vírus zika e suas complicações. A Assessoria acompanhou também as reuniões do Centro de Operações de Emergências (COES) e do Renezika, buscando estruturar, no âmbito deste último, o Grupo de Trabalho de Parcerias Internacionais, com o objetivo de facilitar o mapeamento da cooperação internacional para o desenvolvimento de pesquisas sobre a infecção do vírus zika.

No âmbito do Mercosul, as preocupações frente à epidemia do vírus zika levaram à realização de uma reunião extraordinária dos ministros da Saúde do bloco, em 3 de fevereiro de 2016, com vistas a discutir medidas a serem adotadas para o enfrentamento da epidemia. Essa reunião resultou na “Declaração das Ministras e Ministros da Saúde do Mercosul e Estados Associados diante da Grave Situação Epidemiológica Determinada por Enfermidades Transmitidas pelo *Aedes Aegypti*: Dengue, Zika e Chikungunya”, a qual, entre outras medidas de cooperação estabelecidas para enfrentar a epidemia, decidiu pela criação de um grupo *ad hoc* para acompanhar a emergência, estudar, monitorar e estabelecer as recomendações necessárias aos ministros sobre essa matéria (MERCOSUL/RMS/DECLARAÇÃO n° 01/15).

4 A participação do Mercosul na negociação e na implementação do RSI (2005)

A articulação dos países do Mercosul na temática do RSI, nos níveis político e técnico, remete ao período em que o Regulamento estava sendo negociado na OMS. Estabelecer um Regulamento de escopo tão abrangente e de natureza vinculante a todos os Estados membros da OMS envolveu temáticas que extrapolavam a área da saúde pública, notadamente interesses comerciais e de segurança, o que incentivou alguns países a articular posições regionais e concertadas sobre o tema. Esse foi o caso dos países do Mercosul.

Com vistas a coordenar a participação conjunta dos países do bloco no processo de revisão do RSI e levar suas contribuições aos coordenadores do processo de revisão na OMS, os Estados Partes do Mercosul assinaram, em 2001, o Acordo n° 03/01³⁵, estabelecendo um Grupo Técnico Assessor, para acompanhar o processo de revisão do RSI no âmbito do bloco. O Grupo Técnico era formado por coordenadores das Comissões de Vigilância Epidemiológica e de Controle Sanitário de Portos, Aeroportos, Terminais e Pontos de Fronteira do SGT 11.

³⁵ Mercosul/RMS/ACORDO n° 03/01: Acordo sobre a Participação dos Estados Partes do Mercosul, Bolívia e Chile no Processo de Revisão do Regulamento Sanitário Internacional. Acordo firmado entre os Estados Partes do Mercosul e Bolívia e Chile, como Estados associados.

Além da institucionalização do Grupo Técnico, foram realizados, a partir de 2000³⁶, seminários com os intuitos de discutir os dispositivos do documento que estava sendo negociado na OMS e de construir posições conjuntas sobre temas controversos³⁷. O Mercosul buscou, também, coordenar suas posições com os demais países da América do Sul, envolvendo-os, sempre que possível, nos seminários promovidos pelo bloco.

Na fase final da negociação do RSI, foram realizados dois importantes “Seminários de Revisão do Regulamento Sanitário Internacional”, que também contaram com a participação de países da Comunidade Andina³⁸: um realizado entre os dias 26 e 28 de janeiro de 2005, que resultou no documento “Consenso de Montevideu” (MONTEVIDEU, 2005), e outro realizado entre os dias 25 e 27 de abril de 2005, que teve como documento final a “Ata de Buenos Aires” (BUENOS AIRES, 2005). Esses documentos embasaram o posicionamento conjunto dos países sul-americanos na fase final da negociação³⁹, influenciando a negociação do RSI no âmbito multilateral, uma vez que expressava as posições consensuadas de dez países sul-americanos de modo transparente e construtivo (MENUCCI, 2006, p.79). Isso facilitou o progresso em várias áreas, como na supressão completa da proposta de artigo que vinculava o RSI a situações envolvendo o uso deliberado ou acidental de agentes químicos, biológicos ou radionucleares do texto do Regulamento (PAGOTTO, 2016, p.65).

A articulação política dos países do Mercosul em torno do RSI não ficou restrita ao período de revisão do Regulamento e repercutiu na estrutura institucional do bloco. A adoção do RSI (2005) engendrou novas ações de cooperação no bloco, promovendo, inclusive, a criação de um foro permanente e específico de discussão sobre essa temática, iniciativa inédita no contexto regional.

Além de dar continuidade às reuniões do Grupo Técnico Assessor, que teve seu nome modificado para “Grupo Técnico Assessor de Análise, Avaliação e Implementação do Regulamento Sanitário Internacional”, os países do bloco buscaram assegurar a participação conjunta dos demais países sul-americanos nas atividades de imple-

³⁶ O primeiro seminário foi realizado em 20 de setembro de 2000, intitulado “Primeiro Seminário sobre o processo de Revisão do Regulamento Sanitário Internacional”. Posteriormente, até o ano em que o RSI foi aprovado (2005), foram realizados seminários sobre o Regulamento Sanitário Internacional em 2001, 2003 e dois em 2005, segundo consta em atas oficiais do Mercosul.

³⁷ Entre os temas mais polêmicos na revisão do RSI, destaca-se a tentativa de tornar o RSI aplicável a eventos de doença relacionados ao uso acidental ou deliberado de agentes biológicos, químicos ou radionucleares. Essa prerrogativa estava prevista no artigo 45 da versão preliminar do RSI, divulgada em setembro de 2004, e foi defendida por alguns países ao longo do processo de revisão (OMS, 2004).

³⁸ Participaram desses seminários: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela.

³⁹ Essa fase final corresponde às rodadas de negociações do Grupo Intergovernamental de Trabalho, criado pela OMS em maio de 2003, para conduzir as negociações finais do RSI (PAGOTTO, 2016).

mentação do RSI, mantendo os resultados alcançados durante o processo de revisão (MERCOSUL/RMS/ACORDO n° 07/05)⁴⁰.

Desenvolver atividades que facilitassem a implementação do RSI tornou-se o objetivo central do Grupo Técnico, uma vez que implementar, fortalecer e manter as capacidades básicas de vigilância e resposta, atividades exigidas e especificadas no Anexo I do RSI⁴¹, era a principal dificuldade a ser enfrentada pelos países do Mercosul. Dessa forma, as reuniões do novo Grupo Técnico Assessor tinham como prioridades: definir um instrumento de avaliação das capacidades básicas estabelecidas pelo RSI; estabelecer os critérios para identificar os portos, aeroportos e passagens de fronteira terrestres objeto da aplicação do RSI e constituir um instrumento para avaliar as capacidades básicas relacionadas ao controle sanitário nesses pontos de entrada.

Frente à necessidade de maior articulação interna para acompanhar a implementação do Regulamento, foi criada, em substituição ao Grupo Técnico Assessor, a Comissão Intergovernamental de “Implementação do Regulamento Sanitário Internacional” (CIRSI) dos Estados do Mercosul, cuja primeira reunião ordinária ocorreu em outubro de 2006, em Brasília (MERCOSUL/RMS/CIRSI/ATA n° 01/06).

Inicialmente, a Comissão deu continuidade aos esforços que estavam sendo realizados pelo Grupo Técnico Assessor, sobretudo com vistas ao estabelecimento de um instrumento de avaliação das capacidades básicas, exigidas pelo RSI, para detectar, notificar e responder aos eventos de saúde pública nos níveis local, regional e nacional e nos pontos de entrada.

Entre 2006 e 2008, os trabalhos realizados ao longo das reuniões ordinárias da CIRSI foram dedicados ao desenvolvimento de tais mecanismos. A primeira proposta de instrumento para avaliação das capacidades básicas⁴² foi finalizada em dezembro de 2006, e a definição de um instrumento para avaliação das capacidades em portos, aeroportos e passagens de fronteira foi finalizada em 2008⁴³, incorporando a avaliação de riscos tanto para funções rotineiras quanto para situações de emergência⁴⁴.

Dessa forma, antes mesmo de o RSI entrar em vigor⁴⁵ e de a Assembleia Mundial da Saúde definir seu mecanismo global para o monitoramento da implementação do

⁴⁰ MERCOSUL/XVIII/RMS/ACORDO n° 07/05: “Participação dos Estados Partes do Mercosul e Estados Associados no Processo de Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005)”. Assinado em 30 de junho de 2005, na XVIII Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul.

⁴¹ Essas capacidades básicas a serem desenvolvidas estão previstas no Anexo I do RSI (2005).

⁴² Esse instrumento consta como Anexo III da Ata n° 02/06 da Reunião Extraordinária da CIRSI.

⁴³ Reunião extraordinária da CIRSI em Foz do Iguaçu, em 24 de julho de 2008 (Mercosul/CIRSI/ATA n° 02/08).

⁴⁴ Os testes-piloto dos instrumentos de avaliação das capacidades básicas que foram finalizados no final de 2007, com a conclusão de que são úteis para medir as capacidades básicas de vigilância e resposta, estimar as brechas e identificar as debilidades e as fraquezas do sistema (MERCOSUL/CIRSI/ATA n° 02/07).

⁴⁵ O RSI entrou em vigor no dia 15 de junho de 2007. Nesse momento, todos os países do Mercosul já haviam ratificado o Regulamento.

RSI⁴⁶, os países do Mercosul já buscavam definir um instrumento comum para identificação das capacidades básicas de vigilância e resposta já instaladas no bloco e aquelas que ainda necessitavam maiores investimentos, em conformidade com o RSI.

Os instrumentos específicos do Mercosul, além de contemplar todos os aspectos relativos aos Anexos 1 A e B do RSI e abranger amplamente a informação contida nos indicadores propostos pela OMS, foram empregados na avaliação das capacidades básicas e na análise do diagnóstico dessas capacidades dentro e fora do Mercosul (MERCOSUL/CIRSI/ATA nº 01/10).

A partir da aplicação dos instrumentos de avaliação do Mercosul, foi possível identificar problemas comuns aos países quanto à implementação do RSI, notadamente problemas relacionados à intersetorialidade, aos sistemas de informação, à infraestrutura, aos equipamentos, aos recursos financeiros, às fontes de financiamento e à capacitação profissional (MERCOSUL/CIRSI/ATA nº 02/10).

Após a epidemia da gripe H1N1, desencadeada em 2009, também ficaram evidentes, para os países do Mercosul, a expressiva carência de recursos para alcançar a implementação das capacidades básicas e a falta de conhecimento em relação ao RSI, incluindo sua finalidade, seu uso e seu alcance, bem como a importância do efetivo controle sanitário em pontos de fronteira terrestre. A epidemia de H1N1 expôs as falências e as debilidades do Regulamento em nível global, visto que, pela primeira vez, uma emergência de saúde pública de importância internacional foi declarada pela OMS, conforme o artigo 12 do RSI.

Ao identificar os pontos em que a aplicação do RSI era deficiente e requeria maiores esforços e recursos, os Estados do Mercosul passaram a discutir outras iniciativas, principalmente a realização de capacitações conjuntas. Em 2008, por exemplo, os países começaram a articular a realização de um programa de formação do Mercosul para inspetores sanitários de portos, aeroportos e fronteiras (PAF), com atividades online e presenciais (MERCOSUL/CIRSI/ATA nº 01/08).

Em 2009, foi assinado, pelos ministros da Saúde, o Acordo nº 13/09, com os objetivos de enfatizar a importância de formar os recursos humanos envolvidos no processo de vigilância e no controle sanitário em todos os pontos referidos nos Anexos 1A e 1B do RSI, de fortalecer e promover ações conjuntas para garantir os recursos materiais técnicos, logísticos e financeiros e de promover a criação de instâncias para capacitação e formação de recursos humanos envolvidos nas ações de vigilância e controle sanitário (MERCOSUL/RSM/ATA nº 02/09).

⁴⁶ Para monitorar a implementação do RSI e o desenvolvimento das capacidades básicas, a Assembleia Mundial da Saúde, com base no artigo 54 do RSI, estabeleceu, por meio da Resolução 61. 2 de maio de 2008, que Estados Partes do Regulamento devem responder um questionário para reportar à OMS, anualmente, a implementação das capacidades básicas previstas no RSI.

Em agosto de 2011⁴⁷, foi acordada a capacitação conjunta em pontos de entrada, a ser realizada no primeiro semestre de 2012, para desenvolver e atualizar as competências básicas para o controle e a vigilância de eventos de saúde pública de importância internacional nesses pontos.

As reuniões ordinárias da comissão também são oportunidade para que os países articulem posições sobre temas do RSI que estão sendo discutidos em outros foros, como na AMS, manifestando seus posicionamentos, suas preocupações e eventuais propostas. Em 2012, por exemplo, os coordenadores nacionais do Mercosul demandaram que a OMS revise a ferramenta de monitoramento de implementação das capacidades básicas do RSI, considerando os estágios intermediários de implementação, proposta que fora elaborada no âmbito da CIRSI (MERCOSUL/CIRSI/ATA nº 02/12).

Nas reuniões mais recentes da CIRSI, os representantes dos países começaram a discutir propostas para uma agenda posterior a 2016, prazo máximo estabelecido para que os países implementassem as capacidades básicas previstas no RSI, de acordo com o artigo 5 do Regulamento (ANVISA, 2009). As delegações propuseram a elaboração de uma nota ao Secretariado da OMS na qual se afirmasse o alto interesse dos países do Mercosul em conhecer e tomar uma posição sobre os documentos A69/20⁴⁸ e A69/21 da agenda da 69ª AMS (2016), que dispunham sobre a nova estrutura de monitoramento do RSI (MERCOSUL/RMS/CIRSI/ATA nº 01/2016).

Esses documentos alteram substancialmente a estrutura e os mecanismos para o monitoramento da implementação do RSI em nível global. Após a crise sanitária desencadeada pela epidemia do vírus ebola, em 2014, uma nova estrutura de monitoramento e avaliação do RSI foi submetida à AMS, compreendendo três novos mecanismos, além do informe anual obrigatório de autoavaliação: (i) avaliação externa conjunta; (ii) exercícios de avaliação após emergência; (iii) simulados de emergência em saúde pública (OMS, 2016, Anexo I).

A adoção de posição conjunta dos Estados Partes do Mercosul em relação aos novos mecanismos de monitoramento e avaliação do RSI é fundamental, tendo em vista não só a relevância do tema, mas também seu potencial de interferência em questões internas. Esses novos elementos ainda estão sendo discutidos na OMS, que elaborou dois documentos, o Plano Global Estratégico Quinquenal e o Plano Global de Implementação do RSI⁴⁹, submetidos à 70ª AMS (2017), para dar seguimento à discussão dessa temática.

⁴⁷ Reunião extraordinária da CIRSI em Montevidéu, em agosto de 2011.

⁴⁸ A69/20: Implementation of the International Health Regulations (2005). Annual report on the implementation of the International Health Regulations. Maio 2016; A69/21: Implementation of the International Health Regulations. Report of the Review Committee on the Role of the International Health Regulations (2005) in the Ebola Outbreak and Response. 13 de maio 2016.

⁴⁹ Em 18 de maio de 2017, a Assembleia Mundial da Saúde, no documento A70/16 apresentou o Plano de implementação global do RSI, o qual compreende 6 áreas de ação, sendo que a primeira delas, "Accelerating State Parties"

Na reunião da CIRSI realizada em outubro de 2017, em Brasília, as delegações declararam seu apoio aos quatro itens da proposta de avaliação da implementação das capacidades básicas do RSI, ressaltando que, para isso, as particularidades dos países da América deveriam ser levadas em consideração, e defenderam o posicionamento de que os dois planos supramencionados deveriam ser apresentados como documentos separados para aprovação na 71ª AMS, em 2018.

Nessa mesma reunião, ocorreu a “Oficina⁵⁰ sobre o Monitoramento das Capacidades Estabelecidas pelo RSI”, com a participação de delegações de Argentina, Brasil, Chile, Paraguai, Peru e Uruguai. A oficina teve como objetivos analisar as capacidades de vigilância e resposta dos países e avaliar estratégias de colaboração para o monitoramento do RSI após 2016. Durante a oficina, foram discutidas questões como: a necessidade de definição de capacidades intermediárias e avançadas no âmbito do RSI, tanto no nível nacional quanto no regional; o desenvolvimento de um plano de ação para a definição dessas capacidades; a possibilidade de criar uma rede de especialistas do Mercosul, para auxiliar a condução de exercícios de avaliação externa conjunta. As delegações discutiram, ainda, a vigilância em saúde em zonas de fronteira, as ações do setor de saúde em eventos de massa e os simulados de emergência em saúde pública.

As reuniões da CIRSI têm representado, portanto, oportunidade para compartilhamento de informações entre os países sobre a implementação do RSI, incluindo experiências e dificuldades encontradas nesse processo. A CIRSI tornou-se espaço de articulação política e técnica, voltado a um tema específico de extrema relevância para todos os Estados Partes e associados do Mercosul, que viabiliza a criação de mecanismos e procedimentos conjuntos, favorecendo a efetiva implementação do RSI na região.

Os trabalhos da CIRSI têm se demonstrado extremamente produtivos e bem-sucedidos em seus propósitos, o que é possível devido ao profundo engajamento dos países nas atividades da CIRSI. A continuidade das atividades promovidas pela comissão, como oficinas e seminários, bem como a realização de suas reuniões ordinárias tem sido apoiada e estimulada pelas assessorias internacionais dos Ministérios da Saúde dos Estados Partes.

A AISA, além de realizar a articulação com as áreas técnicas do Ministério da Saúde com vistas a garantir a representação brasileira nos distintos foros de saúde do Mercosul, acompanha ativamente os projetos desenvolvidos na área de saúde no âm-

implementation of the International Health Regulations (2005), inclui a elaboração de um “five-year global strategic plan to improve public health preparedness and response”, para ser submetido à Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2018 (A70/16).

⁵⁰ A realização de oficinas é uma atividade recorrente articulada nas reuniões da CIRSI. Oficinas sobre a implementação do RS foram realizadas em 2007, em Punta del Este, e em 2008, em Foz do Iguaçu (MERCOSUL/CIRSI/ATA nº 01/08)

bito do bloco e contribui para viabilizar, técnica e financeiramente, a participação de delegações nas reuniões e nas atividades realizadas.

5 Conclusões e perspectivas

O RSI, principal instrumento adotado no âmbito da OMS para o enfrentamento da propagação internacional de doenças, trouxe novos mecanismos e instrumentos aos campos da regulação e da governança em saúde, cuja pedra angular é a categoria de emergência de saúde pública de importância internacional. A emergência internacional do vírus zika é um dos exemplos da aplicabilidade concreta do RSI e das etapas que envolvem a declaração de uma ESPII, bem como as ações internacionais que dela podem decorrer.

O atual RSI fomentou a cooperação regional em saúde entre países sul-americanos desde seu processo de negociação. A necessidade de implementar o RSI estimulou tanto a coordenação de posições em fóruns internacionais quanto o desenvolvimento de iniciativas e mecanismos regionais de concertação política e cooperação, sobretudo nos campos da vigilância e da resposta em saúde pública. No âmbito do Mercosul, a criação de um foro específico para tratar de temáticas relacionadas ao RSI foi iniciativa singular na região, que tem engendrado ações concretas com vistas a facilitar a implementação do RSI nos Estados Partes do bloco, com potenciais impactos positivos para outros países sul-americanos.

O dinamismo e a produtividade da CIRSI decorrem do engajamento dos Ministérios da Saúde dos Estados Partes do Mercosul, que mobilizam os recursos e o capital humano necessários para as reuniões regulares da Comissão. No caso do Brasil, destaca-se a atuação da AISA, que, desde a criação do Mercosul, tem acompanhado as atividades desenvolvidas nos foros específicos de saúde, apoiando a participação e o envolvimento das áreas técnicas responsáveis pelas diversas temáticas tratadas do bloco.

Os últimos dados disponibilizados pela OMS, referentes a 2016, mostram que todos os Estados Partes e associados do Mercosul, à exceção de Guiana, Suriname e Peru, têm uma média de implementação do RSI, considerando todas as capacidades básicas exigidas pelo RSI, entre 75 e 100%⁵¹. Esse resultado demonstra o comprometimento dos países sul-americanos com a efetiva implementação do RSI, o que tende a reforçar a manutenção de espaços institucionais de cooperação regional em saúde, com vistas

⁵¹ Os dados sobre o nível de implementação do RSI em cada país são obtidos a partir de um questionário fornecido pela OMS e preenchido pelos pontos focais nacionais, referente às principais capacidades necessárias, previstas no Anexo I do RSI. São treze capacidades básicas avaliadas com base em vinte indicadores definidos pela OMS. Esses dados estão disponíveis no *Global Health Observatory* (GHO) data. Acessível em: <<http://www.who.int/gho/ihr/en/>>.

ao desenvolvimento de estratégias e ações concertadas sobre temas sensíveis e urgentes, como o monitoramento e a avaliação do Regulamento.

Referências

ATA DE BUENOS AIRES. **Seminario de Revisión del Reglamento Sanitario Internacional de los Países del Area Andina y Mercosur**. Buenos Aires, abr. 2005.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Regulamento Sanitário Internacional - RSI 2005**. Versão em português aprovada pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo 395/2009. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/viajante/Regulamento_Sanitario_Internacional_versão%20para%20impressão.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018.

CONSENSO DE MONTEVIDÉU. **Consideraciones y puntos de consenso entre los Estados de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela en relación al Documento A/HIR/IGWG/2/2**. Montevideú, 24 ene. 2005.

DAVIES, Sara; SCOTT, Adam; RUSHTON, Simon. **Disease Diplomacy: International Norms and Global Health Security**. Estados Unidos: Johns Hopkins University Press, 2015

FIDLER, David P. From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations. **Chinese Journal of International Law**, Oxford, v. 4, n. 2, p. 325-392, 2005.

_____; GOSTIN, Lawrence O. The New International Health Regulations: An Historic Development for International Law and Public Health. **Journal of Law, medicine & Ethics**. v. 34, p. 85-94, spring 2006.

INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD. **Health Surveillance in South America: epidemiological, sanitary and environmental**. Rio de Janeiro, Out. 2013.

MENUCCI, Daniel L. O Regulamento Sanitário Internacional e a Vigilância em Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 7, n. 1/2/3 p. 54-87, 2006.

OLIVEIRA, Wanderson K. **Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional: resposta brasileira à síndrome congênita associada à infecção pelo Zika vírus, 2015 e 2016**. 2017. Tese (Doutorado em Epidemiologia) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul Porto Alegre, 2017.

PAGOTTO, Barbara F. **Saúde como tema de Segurança: O caso das Negociações do Regulamento Sanitário Internacional (2005)**. 2016 Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais) – Instituto de Relações Internacionais, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

SATO, S. T. Nathalie. **A evolução da dimensão social da integração regional: o caso das normas do Mercosul-Saúde**. 2014. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Relações Internacionais, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHA 48.7.: Revision and Updating of the International Health Regulations**. Genebra: OMS, 1995.

_____. A/IHR/IGWG/3. **Review and approval of proposed amendments to the International Health Regulations: draft revision.** Genebra: OMS, 2004. <http://apps.who.int/gb/ghs/pdf/A_IHR_IGWG_3-en.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2018.

_____. WHA58.3, **Revision of the International Health Regulations.** Genebra: OMS, 2005. Disponível em: <<http://www.who.int/csr/ihr/WHA58-en.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

_____. A69/20: **Implementation of the International Health Regulations (2005).** Annual report on the implementation of the International Health Regulations. Report by the Director-General. Genebra: OMS, 2016.

_____. A70/16: **Implementation of the International Health Regulations.** Global implementation plan. Report by the Secretariat. Genebra: OMS, 2017.

WHELAN, Mary. **Negotiating the International Health Regulations.** Global Health Programme Working Paper n° 1|2008. The Graduate Institute: Genebra, 2008.

Atas

MERCOSUL/ATA n° 02/05, ANEXO VI. Reunión del Grupo Técnico Asesor de Análisis, Evaluación e Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en los Estados Partes del MERCOSUR y Estados Asociados. Oficina para “Definição de Estratégias e Instrumentos Conjuntos para a Implementação do RSI (2005) dos Estados Partes e Associados” Outubro, 2005. Montevídeu.

MERCOSUL/RMS/CIRSI/ATA n° 01/06. Reunión del Grupo Técnico Asesor de Análisis, Evaluación e Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en los Estados Partes del MERCOSUR y Estados Asociados. Maio.2006. Buenos Aires.

MERCOSUL/RMS/CIRSI/ATA n° 02/06. Ata Comissão Intergovernamental do Regulamento Sanitário Internacional (CIRSI). Brasília 2006

MERCOSUL/RMS/CIRSI/ATA n° 02/17. Ata Comissão Intergovernamental do Regulamento Sanitário Internacional (CIRSI). Brasília, 2017

MERCOSUL/CIRSI/ATA n° 02/07. Reunión Preparatoria de la XXIII Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR y Estados Asociados, “Comisión Intergubernamental de Implementación del Reglamento Sanitario Internacional” (CIRSI). Outubro. 2007. Montevídeu.

MERCOSUL/CIRSI/ATA n° 01/08. Reunión Preparatoria de la XXIV Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR y Estados Asociados, “Comisión Intergubernamental de Implementación del Reglamento Sanitario Internacional” (CIRSI). Maio, 2008. Buenos Aires.

MERCOSUL/RSM/ATA n° 02/09. Reunión “Comisión Intergubernamental de Implementación del Reglamento Sanitario Internacional” (CIRSI). Outubro, 2009. Montevídeu.

MERCOSUL/CIRSI/ATA n° 01/10. Reunión “Comisión Intergubernamental de Implementación del Reglamento Sanitario Internacional” (CIRSI). Abril, 2010. Buenos Aires.

MERCOSUL/CIRSI/ATA nº 02/12). Reunião da Comissão Intergovernamental de Implementação do Regulamento Sanitário Internacional, Preparatória da XXXIII Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul. Setembro, 2012. Bahia.

MERCOSUL/CIRSI/ATA nº 01/13. Reunión Preparatoria de la XXXIV Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR y Estados Asociados, “Comisión Intergubernamental de Implementación del Reglamento Sanitario Internacional” (CIRSI). Abril, 2013. Montevideú.

MERCOSUL/CIRSI/ATA nº 2014/0. Reunión Preparatoria de la XXXVI Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR y Estados Asociados, “Comisión Intergubernamental de Implementación del Reglamento Sanitario Internacional” (CIRSI). Outubro, 2014. Buenos Aires.

O Programa Mais Médicos e a cooperação trilateral Brasil-OPAS-Cuba para o fortalecimento da atenção básica no SUS

Jorge Eliano Ramalho Filho¹ e Anna Elisa Iung Lima²

Resumo

O presente artigo analisa o Programa Mais Médicos como instrumento tanto da política nacional de cobertura universal de saúde quanto da política externa brasileira. Concebido por meio de parceria trilateral entre os governos de Brasil e Cuba e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), o Mais Médicos é o maior projeto de cooperação internacional já realizado pelo Brasil, o maior da história da OPAS/OMS e uma das iniciativas mais emblemáticas de cooperação em saúde no mundo.

O artigo discorre sobre a criação, o desenvolvimento e os primeiros resultados do Programa para a ampliação da atenção à saúde no Brasil. Adicionalmente, analisam-se o modelo de cooperação internacional adotado e o papel da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA) do Ministério da Saúde nas etapas de elaboração, implementação e aperfeiçoamento do Programa. Por meio de suas atribuições de apoio e intermediação entre múltiplos atores do governo brasileiro, do governo cubano e da OPAS/OMS, a AISA tem contribuído não apenas para assegurar o sucesso do projeto no âmbito doméstico, mas também para fortalecer sua vinculação aos objetivos mais amplos da política externa brasileira.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos. SUS. Recursos humanos em saúde. Atenção básica à saúde. Cooperação internacional.

1 Contexto do surgimento do Programa Mais Médicos

O Programa Mais Médicos, oficialmente lançado em 2013³, foi criado pelo governo federal, com o apoio político e operacional dos estados, do Distrito Federal e dos municípios brasileiros, para responder à dificuldade histórica de provimento e fixação de médicos no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente em municípios de pequeno porte e em áreas remotas do território nacional. A iniciativa de criação do Mais Médicos foi influenciada pelo movimento “Cadê o médico?”, que, em janeiro de 2013,

¹ Graduado em Relações Internacionais pelo Instituto de Educação Superior de Brasília e pós-graduado em Saúde Global e Diplomacia da Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

² Graduada em Comunicação Social, habilitação em Jornalismo, pela Universidade Católica de Brasília, e pós-graduada em Comunicação Corporativa pela Universidade Gama Filho.

³ O Programa Mais Médicos foi instituído pela Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013.

reuniu prefeituras que não tinham condições de ampliar a estrutura de atendimento à saúde.

A criação do Mais Médicos inseriu-se no contexto da estratégia governamental de fortalecimento da atenção básica, porta de entrada prioritária do atendimento do SUS. A atenção básica, realizada primordialmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), é o primeiro nível de atenção de saúde, cujas ações estão voltadas à continuidade do cuidado, à integralidade da atenção, à humanização, à equidade e à participação social.

Em 1978, durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, foi firmada a Declaração de Alma-Ata, um marco histórico que identificou cuidados primários de saúde como fundamentais para reduzir as desigualdades em relação à saúde entre países. Segundo a declaração, a atenção básica corresponde aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo, assim, o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção, que é capaz de resolver até 80% dos problemas de saúde da população⁴.

Nos termos da Declaração de Alma-Ata,

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978).

A falta de profissionais de saúde atinge países de diversos continentes e níveis de desenvolvimento, e a disponibilidade de melhores salários e condições de trabalho são fatores que influenciam as desigualdades na distribuição de médicos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 50% da população mundial residem em áreas rurais remotas, mas essas áreas são servidas por menos de 25% da força de trabalho médico (ARAÚJO; MAEDA, 2013).

⁴ Organização Pan-Americana da Saúde. Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, 6-12 set. 1978, Alma-Ata. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. [Acessado em 13 fev. 2018]

Dados da OMS demonstram a disparidade existente na proporção de médicos para cada mil habitantes entre os países que possuem sistemas de saúde públicos e universais, como Brasil (1,8 médico por mil habitantes), Canadá (2,5 médicos por mil habitantes), Reino Unido (2,8 médicos por mil habitantes), Espanha (3,8 médicos por mil habitantes), Portugal (4,4 médicos por mil habitantes) e Cuba (7,5 médicos por mil habitantes) (OMS, 2018). Além de ser um dos poucos países que têm um sistema de saúde com financiamento e execução públicas para mais de 70% de sua população, o Brasil é o único país com mais de cem milhões de habitantes a dispor de um sistema de saúde público, universal e gratuito. Essa proporção continental do países contribui para concentração de médicos em grandes centros urbanos e tecnológicos: cerca de metade da população mundial habita áreas rurais, sendo atendida por menos de um quarto do número total de médicos (OMS, 2009). No âmbito das ações de atenção primária em saúde, a escassez de médicos é especialmente prejudicial, uma vez que esse modelo de atenção tem por objetivo ser a principal porta de entrada aos sistemas de saúde e é a estratégia mais eficaz da promoção da equidade no acesso às ações e serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

Muitos países têm buscado soluções para ampliar a cobertura da atenção básica em áreas vulneráveis, atraindo profissionais de saúde para essas regiões (CHOPRA et al., 2008). Estudo recente da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) mostrou que, mesmo com o aumento no número total de médicos, a distribuição dos médicos mantém um padrão de grande concentração nas capitais e áreas de escassez nas zonas rurais (OCDE, 2013).

As estratégias para enfrentar essa problemática incluem pelo menos quatro dimensões: (i) políticas educacionais, como mudanças nos currículos de Medicina e admissão de estudantes provenientes de áreas rurais; (ii) políticas de regulação, como serviço civil e incentivo para o ingresso na formação especializada para quem trabalha em áreas remotas; (iii) incentivos monetários, tais como bolsas de estudo e salários mais elevados; e (iv) incentivos não monetários, como extensão de visto de permanência para estrangeiros e supervisão com apoio entre pares (VISCOMI, LARKINS e GUPTA, 2013).

Não há resposta simples para o problema de escassez de profissionais, e a experiência internacional tem demonstrado que são necessárias estratégias variadas para lidar com essa problemática, não só por meio de transferência de tecnologia e provimento de recursos humanos, mas também, e principalmente, pelo desenvolvimento de capacidades que permitam aumentar o protagonismo e a autonomia dos sistemas de saúde dos países e fortalecê-los. Isso inclui a perspectiva de transformação da educação médica no sentido de fortalecer os sistemas de saúde nacionais. Em relatório publicado por comissão de especialistas na revista *The Lancet*, em 2010, recomenda-se a cooperação entre países como estratégia para promover tal robustecimento (FRENK et al., 2010).

Diante do apelo de prefeitos de todo o país, por meio do movimento “Cadê o Médico” ocorrido em janeiro de 2013, citado anteriormente, e do clamor popular por mais médicos e mais saúde, no dia 9 de julho de 2013, por meio da Medida Provisória nº 621, a então presidente da República, Dilma Rousseff, lançou o Programa Mais Médicos. O Programa prevê uma série de mudanças visando à melhoria do atendimento aos usuários do SUS. A medida, posteriormente convertida na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, foi ambiciosa e estabeleceu articulação entre os três níveis da federação e outras parcerias com ações de formação recursos humanos na área médica para o SUS (BRASIL, 2013). O Programa Mais Médicos foi, assim, criado com os seguintes objetivos:

- I. diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
- II. fortalecer a prestação de serviços na atenção básica em saúde no país;
- III. aprimorar a formação médica no país e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
- IV. ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
- V. fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;
- VI. promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
- VII. aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do país e na organização e funcionamento do SUS; e
- VIII. estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (BRASIL, 2013).

O Programa visa, de maneira geral, promover melhorias na infraestrutura das UBS, mudanças na formação dos estudantes de Medicina, ampliação da oferta de vagas de residência médica e provimento emergencial de médicos para atuar em todas as regiões do país, sobretudo naquelas onde há maior vulnerabilidade, dificuldade de fixação desses profissionais e problemas de acesso da população à atenção básica.

2 Provimento emergencial e a cooperação internacional em recursos humanos

O Programa Mais Médicos estabeleceu três ações simultâneas e complementares para atingir os objetivos supramencionados: a ampliação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, o estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no país e a promoção de “aperfeiçoamento de médicos na área

de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional” (BRASIL, 2013) – o que, na prática, significou o provimento emergencial de médicos para a atenção básica no SUS. Apesar de possuir três eixos bem definidos com medidas estruturantes de médio e longo prazos, um deles chamou a atenção entre a classe médica brasileira. O provimento emergencial de médicos, intitulado na lei do Programa como “Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)”, foi pensado como estratégia para suprir, de maneira temporária e emergencial, a escassez profissional nas regiões de maior vulnerabilidade, até que as medidas de médio e longo prazos gerassem resultados concretos para a ampliação do número de profissionais médicos disponíveis para atenção à saúde no país.

Apesar de a Constituição Federal não mencionar a competência da pasta para contratar profissionais para provimento médico, atribuindo-lhe a função de “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 2013), o Ministério da Saúde já assumiu esse papel em outras situações. A experiência, anterior ao Mais Médicos, em que o governo federal assumiu a contratação de profissionais médicos foi com o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), e 2011, criado mediante Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011, para o provimento de médicos, enfermeiros e dentistas em municípios do interior e nas periferias de grandes cidades. Durante sua vigência, o Provab conseguiu prover mais de quatro mil médicos nas regiões participantes. Sua principal ferramenta de atração para esse contingente de profissionais foi a concessão de bônus nas provas de admissão à residência médica. Após um ano de atividade e estando o participante certificado por ter desempenhado todas as suas funções, concluído a especialização ofertada e cumprido carga horária, ele teria direito a bônus de 10% nas provas de admissão à residência médica no Brasil.

Diante dos bons resultados obtidos, o Provab foi um modelo de inspiração ao Mais Médicos. De todo modo, com o recrutamento apenas de brasileiros, não foi possível resolver o problema da carência de médicos no país. Foi por essa razão que o governo federal lançou o Programa Mais Médicos, no âmbito do qual o Projeto Mais Médicos seria responsável pela ação de provimento de médicos em caráter emergencial, inicialmente por três anos, renováveis por outros três.

Para formulação do Projeto, o governo federal estudou o modelo de cooperação e intercâmbio de profissionais com base em experiências de outros países. O Reino Unido, por exemplo, conta com presença expressiva de médicos estrangeiros desde os anos 1960. Atualmente, 37% dos profissionais de saúde que atuam no país são estrangeiros⁵. Nos EUA, 25% dos médicos em atuação formaram-se no exterior (PINTO, 2014).

⁵ General Medical Council.; Disponível em: <https://www.gmc-k.org/20131004_Chapter_1_SoMEP.pdf_53706030.pdf>. Acessado em 8 fev. 2018.

Inspirado em modelos internacionais, principalmente os de Portugal e Espanha, o governo brasileiro também resolveu adotar o intercâmbio de médicos como prática para o Programa. Esses países foram identificados como origens potenciais de mão-de-obra para o Programa pelo fato de contarem com significativa proporção de médicos por mil habitantes – praticamente o dobro do Brasil –, por terem foco em formação da saúde da família, pela proximidade do idioma e pela crise econômica que enfrentavam na época, o que poderia facilitar a atração dos trabalhadores. Cuba também foi identificada como potencial exportador de médicos. A ilha caribenha possui um dos maiores índices do mundo – são 7,5 médicos por mil habitantes (OMS, 2018) –, e o governo cubano tem experiência tradicional de cooperação internacional para o envio de médicos cubanos ao exterior desde a primeira metade da década de 1960 (CHAPLE, 2006).

3 Provimento emergencial de médicos – Critérios de seleção

Mesmo conhecendo a dificuldade de prover médicos em áreas remotas, o governo brasileiro apostou na divulgação de editais que pudessem atrair médicos brasileiros para esses postos. A Lei do Mais Médicos estabelece critérios de prioridade para o preenchimento de vagas do programa (BRASIL, 2013). O primeiro grupo de prioridade é formado por médicos com registro no Brasil. Nesse grupo, estão reunidos profissionais de qualquer nacionalidade formados no Brasil ou médicos formados no exterior que tenham diploma revalidado no país e estejam registrados junto ao Conselho Regional de Medicina (CRM).

Se, após a etapa de escolha e seleção desses profissionais, ainda restarem vagas disponíveis, é convocado para o Programa o segundo grupo na ordem de prioridade, que é composto por médicos brasileiros formados no exterior que não tenham diploma revalidado e, conseqüentemente, sem registro no CRM. Caso ainda haja vagas disponíveis, são, finalmente, convocados médicos estrangeiros com habilitação para exercício da Medicina no exterior cujo diploma não tenha sido revalidado no Brasil e que não tenham registro no CRM.

Não podem inscrever-se no Programa médicos estrangeiros que se formaram ou atuam em países com proporção de médicos por mil habitantes menor que a do Brasil – ou seja, menor que 1,8 médico por mil habitantes⁶. Isso deve-se ao fato de que, em cumprimento às diretrizes do Código Global de Conduta da OMS sobre o recrutamento

⁶ Esse dispositivo foi previsto pela Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013, que dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. A portaria estabelece como um dos requisitos para ingresso no Projeto “ser habilitado para o exercício da Medicina em país que apresente relação estatística médico/habitante igual ou superior a 1,8/1000 (um inteiro e oito décimos por mil), conforme Estatística Mundial de Saúde da Organização Mundial da Saúde” (Art. 19, inciso II, c).

internacional de profissionais de saúde⁷, o governo brasileiro não aceita a inscrição de médicos oriundos de países que tenham relação de médicos por mil habitantes menor que a brasileira. O Brasil pratica, dessa maneira, uma regra de equidade e solidariedade internacional por meio da qual busca atrair médicos estrangeiros somente de países que têm proporção de profissionais maior que a nacional, de maneira a não agravar a situação de carência de médicos naqueles países com média inferior. É por esse motivo que não podem inscrever-se no Programa médicos estrangeiros⁸ que foram formados ou que atuam em países como Bolívia, Equador, Paraguai e outros países sul-americanos e centro-americanos, de maneira geral. Essa restrição, todavia, não impede ou inibe a imigração espontânea, por conta própria e fora do Projeto Mais Médicos, de cada profissional que queira candidatar-se a trabalhar como médico no Brasil. Para tanto, há regras de validação de títulos e de autorização de exercício profissional para as diferentes profissões de saúde. No caso da medicina, o profissional formado no exterior deve submeter-se ao Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituições de Educação Superior Estrangeira (Revalida).

Seguindo a ordem de prioridade, se ainda houver vagas depois das três chamadas individuais supramencionadas, o Ministério da Saúde foi autorizado a fazer acordo de cooperação com organismos internacionais com o objetivo de selecionar médicos para atuação específica no Projeto. Para essa finalidade, o Brasil firmou cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), braço regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) e parceira tradicional do Brasil em temas como o desenvolvimento da atenção básica e a qualificação da gestão do trabalho e da educação na saúde. A OPAS/OMS, por sua vez, estabeleceu cooperação com o governo cubano, que disponibilizou médicos com experiência e formação para atuação na atenção básica, funcionários de carreira do Ministério da Saúde Pública de Cuba e que já haviam atuado em missões internacionais. Estabeleceu-se, dessa maneira, uma cooperação triangular entre o Brasil, a OPAS-OMS e Cuba para a implementação do Projeto Mais Médicos no país. Os médicos que participam do Projeto pela cooperação internacional com o governo cubano são chamados “médicos cooperados”. Esses médicos não ingressam

⁷ O Código Global de Conduta da OMS sobre o recrutamento internacional de profissionais de saúde visa estabelecer e promover princípios e práticas voluntárias relativas ao recrutamento internacional ético dos profissionais de saúde de forma que fortaleça os sistemas de saúde, incluindo o estabelecimento de um planejamento eficaz da força de trabalho de saúde e introduzindo estratégias de formação, capacitação e manutenção dos profissionais de saúde.

⁸ A Portaria Interministerial nº 1.708, de 23 de setembro de 2016, suspendeu a aplicação da exigência prevista na alínea “c” do inciso II do “caput” da supramencionada Portaria Interministerial nº 1.369 a médicos brasileiros formados em instituições de educação superior estrangeiras e com habilitação para exercício da medicina no exterior. Dessa maneira, quaisquer médicos brasileiros formados em instituição de ensino estrangeira e com habilitação para exercício da medicina no exterior, independentemente do local de formação, passaram a ser autorizados a participar do Projeto. A restrição permanece válida para profissionais estrangeiros formados e/ou habilitados em países com proporção inferior a 1,8 médico por mil habitantes.

no Projeto individualmente; fazem-no exclusivamente por meio da cooperação com a OPAS/OMS.

Para os médicos que não possuem registro no Brasil, a Lei do Mais Médicos autorizou o Ministério da Saúde a emitir o registro único, que permite ao médico exercer a medicina exclusivamente no âmbito das atividades do Projeto e na localidade específica definida por ele. Esse registro dispensa a necessidade de revalidar o diploma durante o período de participação no Projeto. Nos termos da referida lei, esse período pode ser de até três anos, prorrogáveis por mais três.

4 A atuação da OPAS/OMS na cooperação triangular, no âmbito do Mais Médicos

De acordo com a definição apresentada no Relatório sobre Cooperação Sul-Sul na Ibero-América 2013-2014⁹, a cooperação triangular Sul-Sul

é a modalidade de cooperação Sul-Sul em que participam um conjunto de atores, os quais todos envolvidos podem realizar diferentes tipos de contribuições (técnicas, financeiras ou outras) e são divididos em três funções principais: o chamado primeiro licitante e destinatário (um ou vários países em desenvolvimento, em cada caso) e o segundo licitante (país em desenvolvimento, país desenvolvido, organização regional ou multilateral, ou qualquer associação das Partes). A característica diferencial é determinada pelo papel do primeiro licitante, que atuará como o principal responsável pela capacitação (SEGIB, 2014).

A OPAS/OMS, como entidade responsável pela promoção e pela coordenação de esforços dos países americanos na área da saúde, promove a cooperação Sul-Sul como parceiro triangular, fornecendo recursos econômicos e técnicos por meio de diferentes modalidades. O Projeto Mais Médicos, por meio da parceria entre Brasil, Cuba e OPAS/OMS, é não apenas um exemplo de cooperação triangular, mas também o maior programa de cooperação já desenvolvido na história da Organização. Segundo o representante da OPAS/OMS no Brasil, Dr. Joaquín Molina:

Essa é a maior cooperação técnica realizada pela Organização e representa um marco no âmbito da cooperação Sul-Sul, ao permitir o intercâmbio e o registro de experiência sobre sistemas universais e o fortalecimento da atenção básica em saúde. Os resultados dessa cooperação

⁹ Secretaría General Iberoamericana. Informe de la Cooperación Sur-Sur en Iberoamérica 2013-2014. Madrid: SEGIB; 2014. Disponível em: <<http://segib.org/wp-content/uploads/Informe%20de%20la%20Cooperacion%20Sur-Sur%20en%20Iberoamerica%202013-2014.pdf>>. Acessado em 8 fev. 2018.

beneficiarão a ambos os países envolvidos, em uma primeira instância, e à Região das Américas como um todo¹⁰.

O Projeto de Cooperação para o Mais Médicos (PCMM) é uma iniciativa inovadora de cooperação para a OPAS/OMS, uma vez que envolve a mobilização internacional de profissionais para um sistema público de saúde de grande porte. Nos primeiros três anos do Programa, mais de onze mil médicos cubanos foram contratados no âmbito do PCMM. O desenvolvimento desse processo de cooperação exigiu gestão política e técnica entre a OPAS/OMS e os governos de Brasil e Cuba, realizada por intermédio de seus Ministérios da Saúde e com a participação de outras entidades governamentais, como os Ministérios das Relações Exteriores e da Educação e autoridades estaduais e municipais.

O PCMM tem como antecedentes outros projetos de cooperação que envolveram mobilização de profissionais de saúde cubanos em cooperação com a OPAS/OMS, mas de menores amplitude e números de médicos estrangeiros recrutados. Destacam-se, por exemplo, o apoio a países africanos no enfrentamento da epidemia de ebola¹¹, a colaboração com Angola para a erradicação da poliomielite (MARIMON TORRES e MARTINEZ CRUZ, 2009) e a mobilização de recursos humanos nos casos de emergências por desastres, como no episódio do terremoto no Haiti, em 2010¹².

O Projeto é uma grande experiência no âmbito da Organização, pelo fato de gerenciar recursos financeiros de um Estado membro, o Brasil, para mobilizar profissionais da saúde de outro Estado, Cuba, que se integram plenamente ao sistema público de saúde do primeiro, o SUS. A expressiva mobilização de médicos cubanos e a complexidade do processo de recrutamento, preparação e coordenação operacional entre os dois países e a Organização caracteriza esse projeto como uma ação singular de cooperação internacional. Destaca-se a complexidade dessa cooperação devido ao grande número de médicos que se necessitaria integrar ao SUS em tão curto tempo, além das questões de formação, capacitação, adaptação, logística e financeira que envolveram a vinda dos médicos cubanos ao Brasil.

O PCMM foi amparado pelo “Acordo de cooperação técnica para ampliar o acesso da população brasileira à atenção básica em saúde”, assinado em agosto de 2013, fruto da parceria da OPAS/OMS com o Ministério da Saúde do Brasil, para apoiar a implementação do “Programa Mais Médicos”. O referido Acordo aborda diretamente

¹⁰ “OPAS/OMS assina acordo de cooperação com o Brasil para apoiar Programa Mais Médicos” – [Acessado em 19 jun. 2018] Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3272:opas-oms-assina-acordo-de-cooperacao-com-o-brasil-para-apoiar-programa-mais-medicos&Itemid=834>.

¹¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS agradece apoyo de médicos cubanos en la respuesta al Ebola en África Occidental. [Internet] Centro de prensa de la OMS. Declaración de la OMS. Ginebra, 2014. [Acessado em 18 fev. 2018]. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/cuban-ebola-doctors/es/>>.

¹² Pan-American Health Organization (PAHO). Emergency Medical Teams. [Internet] Emergency Preparedness and Disaster Relief. [Acessado em 18 fev. 2018]. Disponível em: <<http://www.paho.org/>>.

o tema da ampliação do acesso aos serviços de saúde no nível da atenção básica em municípios prioritários do país, contribuindo para a redução de iniquidades nessas localidades, e segue as determinações da Lei do Programa Mais Médicos. O objetivo principal do PCMM é fortalecer a Estratégia Saúde da Família¹³ e o SUS, assegurando a presença de médicos nas equipes de saúde de atenção básica mediante a mobilização de médicos cubanos para o Brasil e, simultaneamente, comprometendo-se com o bom desempenho desses profissionais nos serviços de saúde, gerando, assim, uma articulação indissolúvel entre o Programa e o Projeto de Cooperação¹⁴.

A ferramenta da OPAS/OMS empregada para o monitoramento e a avaliação do PCMM funciona como instrumento para acompanhar a gestão do projeto e prestar contas sobre a atuação da Organização. Além disso, constitui mecanismo gerador de conhecimentos que podem contribuir para o aprimoramento do SUS e de seus serviços à população, principalmente no nível básico de atenção, bem como para a gestão de políticas públicas em favor do desenvolvimento da saúde no país.

Na perspectiva da OPAS/OMS, a cooperação triangular com Brasil e Cuba para o PCMM deixará legado inovador de experiências acerca da contratação internacional de profissionais da saúde, tema complexo no âmbito da saúde internacional. Os fluxos tradicionais de migração de profissionais médicos costumam ocorrer de países menos desenvolvidos para os de maior desenvolvimento econômico. O PCMM mostrou outra direção, ao propor a migração temporária – por três anos, prorrogáveis por igual período – de profissionais oriundos de países nos quais a relação de médicos por mil habitantes é superior à do Brasil, independentemente de seu nível relativo de desenvolvimento.

Além de atuar nos serviços de saúde da atenção básica do SUS, todos os profissionais médicos participantes do Programa, brasileiros e estrangeiros, são capacitados com formação acadêmica especializada em medicina geral de família e comunidade, com projetos de extensão e com outras modalidades de aperfeiçoamento que buscam desenvolver competências fundamentais para a prática profissional e promover a implantação de melhorias no serviço de saúde.

A cooperação da OPAS/OMS por meio do PCMM não se limita apenas a fornecer temporariamente médicos cubanos ao Brasil. Outras modalidades de cooperação em curso incluem a assistência técnica direta às diferentes instâncias do SUS, a gestão de dados e conhecimentos concomitantemente à realização de um processo de monitoramento e avaliação, as atividades educacionais para os médicos e as ações de comunicação social do Programa e do Projeto de Cooperação, a exemplo do lançamen-

¹³ A Estratégia Saúde da Família inclui um conjunto de medidas voltadas ao fortalecimento da atenção básica no Brasil. Para mais informações sobre a Estratégia, acessar: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>.

¹⁴ Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS). Marco para o monitoramento e avaliação do Projeto de Cooperação Mais Médicos da OPAS/OMS. Brasília: OPAS; 2015.

to do Sistema Integrado de Informação Mais Médicos (SIMM)¹⁵. Essa ferramenta foi criada pela OPAS, com o objetivo reunir os principais bancos de dados do Projeto Mais Médicos, e pode ser usada por qualquer cidadão. O SIMM traz um panorama sobre os médicos e os municípios que fazem parte da cooperação técnica entre Brasil, Cuba e OPAS, incluindo uma linha do tempo desde 2013, além de informações sobre os ciclos formativos para aperfeiçoamento dos profissionais do Mais Médicos, em uma perspectiva de educação permanente.

Para o efetivo alcance dos objetivos da OPAS/OMS, como organismo internacional que inclui a promoção da cooperação em saúde entre suas atribuições, as lições aprendidas e a experiência da cooperação tripartite Brasil-Cuba-OPAS podem ser úteis a outros países das Américas, especialmente os países em desenvolvimento que enfrentam desafios semelhantes aos do Brasil para a ampliação e o fortalecimento da atenção primária de saúde e para o cumprimento do compromisso global com a cobertura universal de saúde.

5 Cuba: saúde e diplomacia médica

Cuba foi o primeiro país do mundo a elevar à categoria ministerial a organização responsável pela saúde pública, em 1909, tornando a saúde pública cubana unificada e independente dos demais ministérios (GARCIA, 2009).

Com a Revolução Cubana de 1959, a saúde pública do país foi impulsionada pelas transformações políticas, econômicas e sociais realizadas pelo governo cubano. As principais ações dirigidas à melhoria da saúde da população foram estabelecidas pelo Programa del Mocada¹⁶, incluindo, por exemplo, a redução dos preços dos medicamentos, a criação do serviço médico social rural, campanhas epidemiológicas, transformações na formação superior e técnica em medicina e a reformulação do Colégio Médico Nacional, a instituição gremial médica do país.

Os princípios norteadores do Sistema Nacional de Saúde cubano são:

A saúde é um direito da população,
A saúde da população é responsabilidade do Estado,
O serviço de saúde é igual para toda população,
As práticas de saúde terão uma base científica sólida,
A participação social é inerente à gestão e ao desenvolvimento dos serviços de saúde,

¹⁵ Sistema Integrado de Informação Mais Médicos (SIMM). Para mais informações, acessar: <<https://simm.campus-virtualsp.org/pt-br>>.

¹⁶ Cuba Coopera - Site sobre a Cooperação do Governo cubano. [Acessado em 19 fev. 2018]. Disponível em: <<http://www.cubacoop.com/CubaCoop/Inicio.html>>.

A ajuda humanitária será prática dos serviços de saúde (CUBA, 2018).¹⁷

O pensamento cubano de solidariedade internacional da medicina teve início antes mesmo da revolução cubana, quando alguns médicos, de forma voluntária, saíram de Cuba para ajudar diferentes países ou até mesmo alistaram-se no exército durante a época da colônia. Após a Revolução Cubana de 1959, com o princípio do “internacionalismo em saúde” reforçado por Fidel Castro, teve início, em 23 de maio de 1963, a colaboração médica internacional cubana, com o envio de uma brigada permanente de 53 profissionais à Argélia. Nessa iniciativa, verifica-se o princípio do internacionalismo em saúde defendido pelo ex-mandatário cubano, além da solidariedade internacional do sistema de saúde pública cubano e de seu fundamento ético e humanista. Não se trata, portanto, apenas de uma espécie de diplomacia médica, de um veículo para disseminar uma doutrina política ou de um incentivo para as relações comerciais ou a venda de serviços médicos.

Para compreender o surgimento do pensamento solidário internacional desenvolvido pela colaboração médica cubana, deve-se recorrer a breve histórico das principais ações nos anos que precederam a cooperação tripartite Brasil-OPAS-Cuba no âmbito do Programa Mais Médicos.

A partir dos anos 1960, a colaboração médica cubana iniciou-se na modalidade da missão internacionalista, fundamentada no princípio da ajuda solidária gratuita, a qual foi reforçada pelos diferentes movimentos de libertação desenvolvidos na África e na América Central, como, por exemplo, na Argélia, em Angola, na Etiópia e na Nicarágua.

A década de 1990 foi marcada por eventos externos que afetaram a economia cubana, incluindo a dissolução da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URRS), o principal mercado cubano, e o enrijecimento do bloqueio econômico dos Estados Unidos da América (EUA) a Cuba. Nesse contexto, surgiu uma nova forma de cooperação no âmbito da colaboração médica cubana: a assistência técnica compensada ou o contrato direto, cuja essência seria o estabelecimento de um acordo pelo qual o médico cubano contratado receberia uma remuneração pelos serviços prestados, permitindo que o sistema de saúde nacional pudesse, naquele momento, manter a colaboração médica, pois o país não poderia assumi-lo de forma gratuita, como fizera em anos anteriores.

Ao fim da década de 1990, ocorreram eventos naturais na região centro-americana e do Caribe, com os furacões George e Mitch, que modificaram a estruturação desse modelo, diminuindo a modalidade da missão internacionalista e promovendo a

¹⁷ Idem.

redução gradual da assistência técnica compensada. Em novembro de 1998, surgiu o Programa Integral de Saúde (PIS) na América Central e no Caribe, depois expandido para a África e o Pacífico. Em 1999, criou-se a Escola Latino-Americana de Medicina, como elemento chave para a continuidade e a sustentabilidade do PIS. A essência do PIS era o envio de Brigadas Médicas para lugares remotos e de difícil acesso, onde não havia presença de médicos nacionais, proporcionando, assim, uma pequena bolsa remunerada aos profissionais médicos somente para custear as necessidades básicas.

Na década de 2000, registraram-se a expansão da cooperação cubana no campo da saúde no exterior, incluindo seu oferecimento aos países do Caribe e da América Latina e a criação do contingente internacional de médicos especializados em situações de catástrofes e epidemias graves “Henry Reeve”, em 2005. Esse contingente especializado foi organizado em seguimento ao furacão Katrina, que afetou os territórios da Louisiana, do Mississippi e do Alabama nos EUA, constituindo, então, nova abordagem para situações de desastre. Apesar disso, desde a década de 1960, o governo cubano já oferecia esse tipo de ajuda em situações de desastres naturais por meio de brigadas emergentes, como, por exemplo, na Bolívia, na China, na Guatemala, na Indonésia, no México, no Paquistão e no Peru¹⁸.

Todas essas experiências acumuladas durante o período de mais de meio século fizeram que um dos pilares fundamentais da colaboração médica cubana se baseasse na formação de recursos humanos, ou seja, na criação de capacidades nacionais para que países que recebem a cooperação internacional possam contar com profissionais de saúde qualificados e proporcionar melhor cobertura médica, em benefício da saúde de suas populações.

Independentemente de os médicos estarem atuando em Cuba ou nas brigadas médicas internacionais, o trabalho de assistência é focado no Programa Integral de Saúde, conforme os princípios do sistema de saúde cubano. As diretrizes desse sistema baseiam-se na atenção primária, desenvolvendo programas de controle específicos que contribuam para melhorar a saúde das comunidades, como os programas de redução da mortalidade materna e infantil, a luta contra o HIV/aids, a aplicação da medicina natural e tradicional e o desenvolvimento de pesquisas médicas e científicas conjuntas entre Cuba e o país com o qual a colaboração é desenvolvida.

Um dos objetivos desse princípio do “internacionalismo em saúde” defendido pelo governo cubano é estimular a cooperação Sul-Sul, por meio de compromisso político do governo cubano com vistas a fornecer os recursos humanos necessários para a atenção à saúde. Em contrapartida, os países receptores podem auxiliar com o financiamento de envio desses profissionais. Assim, diminui-se a escassez de recursos humanos

¹⁸ Cuba Cooper - Site sobre a cooperação do governo cubano. [Acessado em 19 fev. 2018]. Disponível em: <<http://www.cubacoop.com/CubaCoop/Inicio.html>>. Arquivos 1993-2009: Unidade Central de Colaboração Médico.

local, e, conseqüentemente, garante-se a manutenção da colaboração médica cubana para os anos subsequentes. O governo cubano estimula, dessa maneira, os projetos de cooperação entre países, inclusive com as modalidades de cooperação por meio de organizações internacionais.

Para Cuba, a projeção da cooperação médica como princípio básico e indissolúvel da concepção do Sistema Nacional de Saúde cubano é um aspecto que contribuiu imensamente para seu desenvolvimento. Com isso, é de extrema importância promover a cooperação médica com o objetivo de desenvolver e fortalecer as capacidades nacionais, desde que seus propósitos e seus princípios respondam às necessidades de cada país, garantindo a sustentabilidade das ações dos profissionais médicos cubanos nesses locais. Isso traz como principais resultados: a adaptação de metodologias ou técnicas já desenvolvidas em seus locais de origem; a sistematização de experiências; a transferência de tecnologia e a publicação de resultados científicos que permitam fortalecer os laços entre países cooperantes, além de alcançar o melhor desenvolvimento de suas capacidades institucionais (MARIMON TORRES e MARTINEZ CRUZ, 2010).

A cooperação conjunta com a OPAS/OMS, em especial a colaboração médica internacional, amplia o alcance e as oportunidades para Cuba e para a própria Organização, com um objetivo comum: o benefício e a melhoria dos indicadores de saúde e o desenvolvimento social nos países membros da Organização. Além disso, os resultados dessa ajuda são reforçados e constituem uma ferramenta eficaz para avançar nos processos de integração regional no continente.

Por fim, a colaboração médica cubana, com seu princípio de solidariedade e ajuda desinteressada a outros povos, contribui para a melhoria do Sistema Nacional de Saúde do país, por intermédio da conscientização e do comprometimento de seus profissionais da saúde com a população assistida, baseando-se no ideário do processo revolucionário cubano e de seu líder, Fidel Castro Ruz.

6 O Projeto Mais Médicos para o Brasil – Primeiros resultados

Até o fim de 2017, o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) contava com 17.071 médicos, sendo 5.247 vagas ocupadas por brasileiros formados no Brasil e no exterior, 3.271 intercambistas de outros países – segundo dados do Ministério da Saúde, há médicos estrangeiros de 43 nacionalidades no Projeto (BRASIL, 2017) – e 8.553 médicos cooperados cubanos que participam por meio de cooperação com a OPAS/OMS. O Programa conta com um quantitativo fixo de 18.240 vagas, distribuídas em 4.058 municípios e 31 distritos indígenas. Em 2.340 municípios brasileiros, há presença exclusiva de médicos da cooperação com Cuba, e 90% dos médicos que atuam na saúde indígena são cooperados cubanos. Mais de 70% dos municípios brasileiros são atendidos pelo Projeto, beneficiando 63 milhões de brasileiros (BRASIL, 2017). Quando há

desistência de profissionais, as vagas remanescentes são ofertadas para reposição por meio de editais periódicos, e, no caso dos médicos cubanos, as vagas são providas diretamente pela OPAS/OMS, para garantir que não haja desassistência aos municípios.

Com os médicos do Projeto, foi possível ampliar a assistência médica da atenção básica, com atendimento regular nas unidades básicas de saúde, na composição de novas equipes de saúde da família ou em equipes que não contavam com profissionais no momento da adesão. Em cinco anos do Programa, essas mudanças já podem ser observadas. Segundo levantamento do Ministério da Saúde, em 2013, a relação médico/habitante no Brasil era de 1,8 médico/mil habitantes. O estudo mais atualizado disponível é de 2015, do Conselho Federal de Medicina (CFM), que mostra que houve um aumento de médicos em atuação para 2,1 médicos/mil habitantes no Brasil (SCHEFFER et al., 2015).

Para avaliar a receptividade do Programa junto à população, o Ministério da Saúde encomendou uma pesquisa ao Grupo de Opinião Pública da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e ao Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas (Ipespe)¹⁹, que entrevistou mais de 14 mil pessoas em 700 municípios brasileiros, entre novembro e dezembro de 2014. A pesquisa revelou que usuários do Mais Médicos dão nota média de nove, em uma escala de zero a dez, ao Programa. Entre os usuários ouvidos pela pesquisa, mais da metade (55%) deu nota máxima ao programa, sendo que 89% dos entrevistados deram nota de sete a dez, 5% avaliaram o programa com notas de quatro a seis, e 1% deu nota de zero a três. Outros 5% não souberam responder.

Um dos fatores que explicam os bons resultados do Programa é o perfil dos médicos com experiência de atuação. Segundo a pesquisa da UFMG, até o final de 2014, a maioria dos profissionais dos Mais Médicos eram estrangeiros (74%), acima de 30 anos (78%), com mais de dez anos de experiência (63%) e com alto grau de qualificação (98% possuem especialização).

A publicação “Good Practices in South-South and Triangular Cooperation for Sustainable Development”²⁰, desenvolvida pelo Escritório das Nações Unidas para a Cooperação Sul-Sul e pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), apresentou o Mais Médicos como uma das boas práticas relevantes para a implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), destacando que o programa “é replicável e seria potencialmente benéfico em qualquer país que decidisse adotá-lo”.

¹⁹ Portal Mais Médicos. Brasília, 2015. Disponível em <<http://maismedicos.gov.br/resultados-para-o-pais>>. Acesso em: 8 fev. 2018.

²⁰ Good Practices in South-South and Triangular Cooperation for Sustainable Development, 2016. “More Doctors (Mais Médicos) Project”, p. 39. Disponível em <<https://www.unsouthsouth.org/2016/05/30/good-practices-in-south-south-and-triangular-cooperation-for-sustainable-development-2016/>>. Acesso em: 8 fev. 2018.

Segundo pesquisas realizadas pela OPAS/OMS, contendo a análise de impacto na média de consultas médicas na série temporal 2012-2016, o PMMB mostrou capacidade de melhorar o padrão de consultas médicas nas equipes em que seus profissionais foram localizados, alcançando e mesmo superando o padrão das melhores equipes sem profissionais do PMMB no Brasil. A referida pesquisa confirma evidências de que o PMMB amplia a efetividade do SUS e da atenção básica, garantindo o acesso prioritário a expressivas parcelas da população (CAMPOS et al., 2016; SANTOS, 2017; MOLINA et al., 2017).

Ainda segundo os resultados dessas pesquisas, durante o período de 2012 a 2017, as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) alcançaram um padrão de consultas de pré-natal, crianças, geral, por diabetes e por hipertensão considerado satisfatório, conforme indicam os resultados obtidos com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e do e-SUS. Confirmando evidências de diversos autores (BRASIL, 2015; GIOVANELLA et al., 2016; GIRARDI, 2016; KEMPER et al., 2016; MOLINA et al., 2017; SANTOS et al., 2017), as pesquisas indicam um efeito sistêmico do PMMB na melhoria dos indicadores estudados, algo particularmente importante pelo fato de os profissionais trabalharem em equipes localizadas, sobretudo, em áreas mais pobres, mais remotas e com populações mais vulneráveis. A oferta de consultas na atenção básica cresceu desde a implantação do Programa, passando de 33,1% em 2012 para 36,2% em 2016. Com isso, estima-se que mais de 36 milhões de pessoas tenham acesso regular a consultas médicas em equipes atendidas por profissionais do Programa.

Embora pequenas e com curto período de tempo para avaliação, as diferenças favoráveis ao PMMB foram regulares, de modo que os profissionais do Projeto têm garantido a ampliação do acesso e da cobertura das ações de saúde de modo equitativo. A presença de médicos em dedicação exclusiva em 36,2% das equipes estudadas pôde garantir o acesso e a longitudinalidade²¹ do cuidado (STARFIELD, 2004) a pessoas que eram antes inadequadamente assistidas, contribuindo para reduzir as desigualdades na atenção e no acesso à saúde. Fortalece-se, assim, o engajamento nacional para a promoção da cobertura universal de saúde, bandeira tanto das políticas domésticas brasileiras quanto de sua atuação internacional no domínio da saúde.

Desde a implantação do Programa Mais Médicos, o Brasil tem reforçado sua atuação internacional, nos foros multilaterais que tratam de saúde e em iniciativas de cooperação bilateral, em questões relacionadas ao provimento e à capacitação de recursos humanos em saúde. Além disso, a defesa do acesso universal à saúde como direito, consolidada a partir da criação do SUS, com a Constituição de 1988, também é tema caro à atuação internacional brasileira no campo da saúde.

²¹ A longitudinalidade trata do acompanhamento do paciente ao longo do tempo por profissionais da equipe de atenção primária em saúde.

Ao longo dos últimos cinco anos, a Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA) tem contribuído, dessa maneira, para a formulação do Programa, com sua divulgação a governos e profissionais médicos no exterior e com a articulação com o Ministério das Relações Exteriores para legalização consular de documentos. Além disso, a AISA tem colaborado com a implementação do Programa, uma vez que cabe à assessoria internacional realizar a análise e a aprovação dos documentos apresentados pelos médicos formados no exterior que pleiteiam participação no Mais Médicos, bem como solicitar ao Ministério das Relações Exteriores a emissão de vistos apropriados²² aos profissionais estrangeiros que ingressam no Projeto e a seus familiares. No âmbito das reuniões tripartites Brasil-OPAS-Cuba, realizadas periodicamente e acompanhadas pela AISA, são discutidos encaminhamentos e ajustes à implementação do Projeto.

Ao identificar os êxitos das políticas de saúde domésticas na ampliação do acesso da população brasileira a serviços de saúde pública e de qualidade, como é o caso do Programa Mais Médicos, a AISA tem reforçado a tradicional atuação internacional brasileira na defesa da cobertura internacional de saúde. O discurso multilateral brasileiro, por estar calcado em experiências domésticas sólidas, é, assim, legitimado e fortalecido.

Do ponto de vista da política externa brasileira, além de promover o engajamento multilateral do país em discussões relacionadas aos recursos humanos em saúde, sobretudo nos âmbitos da OPAS e da OMS, a atuação do Ministério da Saúde e da AISA, em particular, também tem contribuído para o aprofundamento do relacionamento bilateral com outros países. Representantes de diversos países sul-americanos têm procurado o Ministério da Saúde para conhecer o Programa e avaliar a possibilidade de implantação de mecanismos semelhantes para ampliação da atenção básica de saúde.

Além disso, do ponto de vista do relacionamento político bilateral com Cuba, o Mais Médicos tem proporcionado espaço para o contato técnico e de alto nível entre os dois governos ao longo dos últimos anos, a despeito das reticências atualmente existentes em outros campos do relacionamento bilateral. Em Genebra, em maio de 2017, os ministros da Saúde dos dois países reuniram-se, com a participação da diretora da OPAS/OMS, Carissa Etienne, para discutir questões relacionadas à participação de médicos cubanos no Projeto. Foi o primeiro encontro de autoridades de alto nível dos dois países no período de um ano. Em janeiro de 2018, o então ministro da Saúde brasileiro, Ricardo Barros, realizou visita oficial a Havana, na primeira visita oficial de representante do alto escalão do governo brasileiro ao país desde 2016. Nessa ocasião, foram discutidas questões referentes ao Programa Mais Médicos, à cooperação trilateral com o Haiti no domínio da saúde e às perspectivas de cooperação bilateral na área de saneamento e tratamento de água. Em seguimento a essa visita, foi realizada, em maio

²² A Lei do Mais Médicos (Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013) estabeleceu a concessão do visto temporário de aperfeiçoamento médico (VICAM) aos médicos intercambistas estrangeiros e a seus dependentes legais (BRASIL, 2013, Art. 18).

de 2018, missão de prospecção de cooperação bilateral a Cuba, coordenada pela AISA, pela Agência Brasileira de Cooperação e pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

Dessa maneira, a experiência da cooperação no âmbito do Projeto Mais Médicos, por meio da parceria trilateral Brasil-OPAS-Cuba, também tem auxiliado a promover novas frentes de contato e superar eventuais divergências no relacionamento político bilateral com o governo cubano. Como unidade responsável por coordenar a atuação internacional do Ministério da Saúde, a AISA tem contribuído, assim, para reforçar o engajamento internacional do Brasil, com efeitos práticos e positivos para as relações externas do país.

7 Considerações finais

O PMMB é a maior iniciativa do Estado brasileiro direcionada à provisão de profissionais médicos para a atenção primária à saúde (MOLINA, 2017; FACCHINI et al., 2016). Nos primeiros anos de sua implantação, o Programa alcançou, no eixo de provimento de pessoal, resultados como: o atendimento da demanda municipal de médicos, com a expansão das equipes de saúde da família; a melhoria na distribuição de profissionais, com a alocação de médicos nas regiões de maior necessidade; a ampliação da cobertura da atenção básica, bem como o aumento do número de consultas e a redução das internações sensíveis à atenção básica; o aumento da credibilidade do programa, com avaliação positiva de mais de 90% dos usuários, médicos e gestores.

A cooperação triangular Brasil-OPAS-Cuba tem sido fundamental para o alcance desses resultados. O PMMB inovou no âmbito da cooperação internacional, ao contrapor-se aos fluxos de migração tradicional de mão de obra especializada, que costumam ocorrer de países menos desenvolvidos para aqueles de maior desenvolvimento econômico. Nesse caso, o Projeto mostrou um caminho diverso, ao estimular a migração de profissionais oriundos de países nos quais a relação de médicos por habitantes é superior à do Brasil, em muitos casos de países desenvolvidos.

A escolha de Cuba para essa cooperação também tem importância destacada. Além do grande quantitativo de médicos disponíveis para a cooperação, uma vez que o país tem uma média de 7,5 médicos por mil habitantes (OMS, 2018), a solidariedade internacional da medicina cubana e seu foco na atenção básica à saúde foram determinantes para o alcance dos objetivos buscados pelo governo brasileiro.

Apesar dos resultados expressivos na provisão de profissionais, alguns desafios ainda permanecem. É inegável o aumento de brasileiros interessados no Projeto, mas esse perfil ainda opta, de maneira geral, pela atuação em localidades próximas às grandes cidades do país, em um número de municípios bem menor em relação aos locais onde os brasileiros formados no exterior e, em especial, os estrangeiros atuam no âmbito do Projeto. Além disso, o tempo de permanência dos brasileiros no Projeto tem sido

menor que o dos estrangeiros. Esses dois fatores apontam para a necessidade de seguir contando com os chamamentos de intercambistas internacionais e com a cooperação com a OPAS ainda por algum tempo (PINTO, 2018).

Destaca-se a atuação da AISA desde o início das negociações e das consultas realizadas com diversos países, como Austrália, Cuba e Reino Unido, para conhecer o processo de recrutamento internacional de profissionais de saúde, levando em consideração o Código Global de Conduta da OMS sobre o tema. Esse Código é marco importante para enfrentar os desafios associados à mobilidade do trabalho e à migração internacional dos profissionais de saúde, com o objetivo de fortalecer os sistemas de saúde, especialmente o dos países em desenvolvimento. Suas diretrizes serviram como referência para as regras de inscrição de médicos estrangeiros no Projeto.

É perceptível a importância da elaboração, da implementação e do seguimento do PMMB no país, uma vez que os objetivos propostos pela política estão sendo gradativamente atingidos, como o fortalecimento da atenção básica, a ampliação e a distribuição mais igualitária e equânime de profissionais médicos em comunidades antes desassistidas. A formulação de políticas e programas poderá contribuir para gerar mudanças no cenário atual de saúde dos brasileiros, além de estimular um olhar diferenciado pelos gestores públicos que administram recursos para manutenção, construção e ampliação de unidades básicas de saúde.

O Mais Médicos não é e não pretende ser a solução para todas as necessidades de saúde do país. O Programa, no entanto, colabora para a resolução de várias dessas necessidades. O número de profissionais médicos no país ainda se encontra aquém do ideal, principalmente em territórios ribeirinhos e em locais de difícil acesso. A formação médica no país também poderá avançar em direção ao foco no cuidado integral, abrangente e humanizado. Identifica-se, também, a necessidade de realização de novas pesquisas em relação ao Programa Mais Médicos para avaliação mais precisa sobre seu real impacto na saúde pública do país. De todo modo, pelas avaliações supramencionadas, atesta-se a importância do Programa não apenas como política pública doméstica na área de saúde, mas também como instrumento fundamental da política externa brasileira. Seja por uma dimensão, seja pela outra, o Mais Médicos tem contribuído, de maneira positiva, para fazer avançar aquilo que se considera o verdadeiro interesse nacional.

Referências

ALCÁZAR, S. **A inserção da saúde na política exterior brasileira**. Brasília: Instituto Rio Branco, 2005. 48º Curso de Altos Estudos do Instituto Rio Branco.

BRASIL. Presidência da República. **Medida provisória nº 621, de 8 de julho de 2013**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/mpv/mpv621.htm>. Acesso em: 16 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos**: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Departamento de Planejamento e Regulação da Profissão de Profissionais de Saúde. **Programa Mais Médicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, 2016.

CHAPLE, Enrique Beldarraín. La salud pública en Cuba y su experiencia internacional (1959-2005). **História, Ciências, Saúde - Manguinhos [online]**, v. 13, n. 3, p. 709-716, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702006000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 abr. 2018.

CHOPRA, M. et al. Effects of policy options for human resources for health: an analysis of systematic reviews. **Lancet**, London, v. 371, p. 668-674, 2008.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet**, London, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010.

GARCIA, G. D. **Centenario del Ministerio de Salud Pública de Cuba (1909-2009)**. 2009. Disponível em: <http://bvs.sld.cu/revistas/his/his_108/his02108.htm>. Acesso em: 21 abr. 2018.

GIOVANELLA, L. O Programa Mais Médicos: análises e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2652, 2016.

GIRARDI, S. N. et al. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2739-2748, 2016. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.15912016>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

KEMPER, E. S., MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2785-2796, 2016. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.17842016>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

MARIMON TORRES, N.; MARTINEZ CRUZ, E. Evolução da colaboração médica cubana em 100 anos do Ministério da Saúde Pública. **Rev. Cubana Salud Pública**, Havana, v. 36, n. 3, p. 254-262, sep. 2010.

_____; _____. La cooperación técnica OPS/OMS y el aporte de Cuba en la erradicación de la polio en Angola [Internet]. **Rev Cubana Hig Epidemiol**, jan./abr. 2009. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032009000100008>. Acesso em: 18 fev. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**, Genebra, 1978.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT. **Health at a Glance**. Pariz, 2013:

_____. **OCDE Indicators, OCDE Publishing**. 2013. Disponível em: <http://www.OCDE-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2013_health_glance-2013-en>. Acesso em: 18 abr. 2018.

PINTO, H. A. et al. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. **Divulgação Saúde Debate**, v. 51, p. 105-120, 2014.

_____. O Programa Mais Médicos está 'dando certo'? Tem cumprido seus objetivos? Uma análise da implementação do Eixo Provimento de 2013 a 2015 [online]. **SciELO em Perspectiva: Humanas**, 2018. Disponível em: <<http://humanas.blog.scielo.org/blog/2018/01/24/o-programa--mais-medicos-esta-dando-certo-tem-cumprido-seus-objetivos-uma-analise-da-implementacao--do-eixo-provimento-de-2013-a-2015/>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

SANTOS L. M. P. et al. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 95, p. 103-112, 2017.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2015**. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2015.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2004.

VISCOMI, M.; LARKINS, S.; GUPTA, T. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. **Canadian Journal of Rural Medicine**, v. 18, n. 1, p. 13-23, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health Observatory data repository. **Physicians density (per 1000 population)**. 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/node.imr.HRH_26?lang=en>. Acesso em: 18 abr. 2018.

Saúde na fronteira Brasil-Uruguai e o Projeto de Cooperação Trilateral Brasil-Alemanha-Uruguai

Rafael Gomes França¹

Resumo

As fronteiras são espaços privilegiados para a integração entre os países, bem como para o desenvolvimento de ações de cooperação e intercâmbio comercial e cultural. Na região fronteira brasileira, a saúde pública costuma ter destaque entre as problemáticas fronteiriças, dados seu caráter de acesso universal no território brasileiro e as limitações de capacidade dos serviços e do financiamento disponíveis nos dois lados da fronteira.

A fronteira brasileiro-uruguia é a que apresenta maior arcabouço legal, além de estreito e histórico relacionamento entre os dois governos. Esse quadro tem possibilitado o desenvolvimento de ações conjuntas que visam a melhorar a qualidade de vida dos cidadãos da região.

O projeto de cooperação trilateral Brasil-Alemanha-Uruguai foi concebido com o objetivo de apoiar a saúde com a construção, a reforma e a equipagem de unidades de saúde em municípios uruguaios com menos de cinco mil habitantes e é analisado como experiência bem-sucedida de arranjo trilateral de cooperação internacional.

Palavras-chave: Cooperação técnica internacional. Cooperação trilateral. Brasil-Uruguai. Sistemas de saúde. Saúde nas fronteiras.

1 Introdução: saúde nas fronteiras

A fronteira brasileira tem 15.719 km de comprimento, e a faixa de fronteira, região de até 150 km de largura ao longo do seu limite internacional, abrange 27% do território brasileiro e reúne uma população de aproximadamente dez milhões de pessoas. Nessa região, há 588 municípios e onze unidades da Federação: Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraná, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima e Santa Catarina (BRASIL, 2017). O Brasil faz fronteira com dez países sul-americanos – Argentina, Bolívia, Colômbia, Guiana, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela, além do território francês da Guiana Francesa – representando um espaço de convívio cotidiano com a maior parte dos países do continente. Essa região apresenta uma série de peculiaridades, além de limitações institucionais e

¹ Mestrando em Gestão e Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e Bacharel em Relações Internacionais pela Universidade de Brasília (UnB).

estruturais para a oferta de políticas públicas de qualidade – a questão da saúde pública tem destaque entre essas problemáticas, dados seu caráter de acesso universal no território brasileiro e as limitações de capacidade dos serviços e do financiamento disponíveis, especialmente nas áreas mais remotas.

As fronteiras são espaços privilegiados para a integração entre os países, bem como para o desenvolvimento de ações de cooperação e intercâmbio comercial e cultural. A prática cotidiana e interação das populações na fronteira por vezes supera e antecipa legislações e acordos internacionais, e as fronteiras são regiões de convívio cotidiano de diferentes sistemas políticos, monetários, de segurança e proteção social (GIOVANELLA et al., 2007a). O acesso à saúde nas fronteiras tem sido tema de grande destaque nos últimos anos, motivado, especialmente, por dinâmicas como os novos fluxos migratórios, as interações transfronteiriças e o aprofundamento de processos de integração, que geram novos desafios para os sistemas de saúde e demandam políticas específicas que garantam o direito à saúde pública nessas regiões.

O Sistema Único de Saúde (SUS), notório por sua concepção de saúde como direito, com integralidade e acesso universal, é objeto recorrente de demandas de assistência à saúde nessas regiões e pela circulação de cidadãos estrangeiros que cruzam a fronteira em busca de atendimento em terras brasileiras. Segundo Nogueira e Fagundes (2014), as demandas mais relevantes dos estrangeiros usuários do SUS em regiões de fronteira são a gratuidade e a qualidade dos serviços de saúde prestados no Brasil. A diferença de modelo de sistemas e políticas de saúde com os países com os quais o Brasil faz fronteira – nos aspectos físicos, financeiros e humanos, na organização do sistema e nos perfis das cidades fronteiriças – torna ainda mais complexas as dificuldades dos sistemas nacionais de saúde e impactam nos processos de integração regional (GIOVANELLA et al., 2007b)

As assimetrias entre o Brasil e alguns de seus vizinhos provoca, muitas vezes, demanda intensa de atenção à saúde do lado brasileiro, devido às diferenças entre os sistemas e as distintas garantias gratuitas à população que os vizinhos oferecem, como também aos serviços brasileiros disponíveis na fronteira, que geralmente são deficitários para tal demanda.

O Ministério da Saúde, com o apoio e articulação da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA), tem buscado ampliar as ações de saúde nas fronteiras, por meio da promoção de políticas integradas, de projetos de cooperação técnica e da participação em comitês de fronteira. Suas premissas de atuação incluem: a parceria para a definição de prioridades e agendas comuns; o respeito às diferenças; a integração de ações e estreita articulação com a realidade local; a sustentabilidade das ações; o desenvolvimento e o fortalecimento mútuo dos sistemas de saúde.

No âmbito da cooperação descentralizada, o Ministério da Saúde fornece apoio técnico aos estados e municípios brasileiros e acompanha a realização de reuniões entre

os municípios ditos “cidades-gêmeas”. Segundo a Portaria nº 213 de 2016, do Ministério da Integração Nacional (BRASIL, 2016), cidades-gêmeas são

municípios cortados pela linha de fronteira, seja essa seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infraestrutura, que apresentem grande potencial de integração econômica e cultural, podendo ou não apresentar uma conurbação ou semiconurbação com uma localidade do país vizinho, assim como manifestações “condensadas: dos problemas característicos da fronteira, que aí adquirem maior densidade, com efeitos diretos sobre o desenvolvimento regional e a cidadania [...] não são consideradas cidades-gêmeas aquelas que apresentem, individualmente, população inferior a 2.000 (dois mil) habitantes.

Atualmente, há 32 municípios brasileiros considerados “cidades gêmeas”, sendo onze no Rio Grande do Sul, seis deles na fronteira com o Uruguai.

A cooperação internacional tem se revelado prática capaz de promover o desenvolvimento mútuo e uma forma inovadora de trabalhar a saúde nas fronteiras. O presente artigo apresenta o caso de um projeto de cooperação trilateral desenvolvido na fronteira entre Brasil e Uruguai, para ampliar o acesso à saúde nessa região, como estratégia bem-sucedida de colaboração mútua em prol da melhoria das condições de acesso à saúde na região de fronteira.

2 A fronteira brasileiro-uruguaia

O Uruguai é, historicamente, um dos principais parceiros estratégicos do Brasil na América do Sul. Suas relações remontam a 1851, quando foi firmado um tratado de paz entre os dois países. Há intensos vínculos históricos, políticos e humanos entre os dois países e as regiões fronteiriças (BRASIL, [2017]).

A fronteira entre os países estende-se por toda a região sul do estado do Rio Grande do Sul, desde a tríplice fronteira Brasil-Argentina-Uruguai até o Arroio Chuí, no Oceano Atlântico, medindo 1.069 quilômetros. A área fronteiriça tem seis cidades-gêmeas, com uma população aproximada de 180.712 habitantes², com grande fluxo de pessoas e animais. Brasileiros e uruguaios dessa fronteira compartilham a cultura gauchesca e têm muitas similitudes. A fronteira do Brasil com o Uruguai é a mais institucionalizada internacionalmente. O “Acordo para a Melhoria das Condições Sanitárias na Região da Fronteira Brasileiro-Uruguia”, por exemplo, data de 1969 (BRASIL, URUGUAI, 1969).

Politicamente, além das relações diplomáticas entre Brasil e Uruguai, o estado do Rio Grande do Sul e seus municípios também mantêm relações com os entes vizinhos,

² Segundo IBGE, estimativa DOU 2017.

o que permite a articulação de atividades e projetos em várias áreas. As visitas dos governos são bastante frequentes, assim como o intercâmbio e o diálogo entre os gestores públicos, proporcionando ambiente propício à cooperação.

O norte do Uruguai e o sul do Rio Grande do Sul apresentam algumas carências assistenciais no que diz respeito à disponibilidade de serviços de saúde: é comumente reportada a falta de leitos, equipamentos e recursos humanos. As prefeituras enfrentam, ademais, carência de profissionais médicos. O Programa Mais Médicos conseguiu atenuar o problema com a alocação de médicos na atenção básica do lado brasileiro, nos postos que tinham carência desses profissionais, mas a carência pelos médicos especialistas persiste, como é comumente reportado por gestores locais.

O “Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho para Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para Prestação de Serviços de Saúde”³, firmado no Rio de Janeiro, em 28 de novembro de 2008, teve como um de seus objetivos resolver os problemas da prestação de serviços na fronteira brasileiro-uruguaia, possibilitando trânsito de profissionais brasileiros e uruguaios. Esse acordo, que está em vigor desde 2009, faz que a fronteira entre o Brasil e o Uruguai tenha o mais avançado arcabouço legal do ponto de vista da integração entre os dois países, mas o instrumento ainda carece de implementação efetiva.

A Comissão Binacional Assessora em Saúde foi criada pelo Ajuste Complementar e tem como atribuição fiscalizar sua implementação, sendo composta, paritariamente, por representantes dos níveis centrais, estaduais e municipais dos dois países. Por isso, muitas vezes, ela é instância privilegiada para a articulação entre os governos em diferentes níveis e colabora para a discussão dos temas de interesse e dos desafios para a região.

A institucionalidade avançada da fronteira com o Uruguai permitiu o desenvolvimento de reflexões e propostas para atenuar questões de interesse mútuo, como o aumento da disponibilidade de profissionais médicos em atividade na região de fronteira. Estudam-se, por exemplo, meios para que as prefeituras brasileiras possam recrutar médicos uruguaios em território uruguaio, para atendimento da população brasileira. Outro tema em pauta é a possibilidade de criação de uma Região de Saúde Internacional⁴, para que ambos os países possam compartilhar sua saúde e colaborar para a melhoria do atendimento à população.

³ Promulgado pelo Decreto 7.239, de 26 de julho de 2010.

⁴ A Região de Saúde é um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. O Artigo 4º, §2º do Decreto Nº 7.508/2011 prevê a instituição de Regiões de Saúde situadas em áreas de fronteira com outros países.

As áreas de fronteiras são espaços privilegiados para a integração entre os países. A fronteira com o Uruguai, em especial, por sua similitude cultural e por seu relativo avanço institucional, é um caso que traz aprendizados à cooperação internacional, à integração regional e fronteiriça e às políticas públicas de ambos os países, motivo pelo qual foi escolhida para a análise de caso apresentada na próxima seção. Primeiramente, serão apresentadas as atividades realizadas, e, a seguir, serão analisados benefícios e desafios à luz da literatura consultada.

3 O Projeto de Cooperação Trilateral Brasil-Alemanha-Uruguai

Em 2008, os governos do Brasil e da Alemanha assinaram um acordo de cooperação financeira que previa, para o setor da saúde, a disponibilidade de doação de cinco milhões de euros pelo Banco Alemão de Desenvolvimento (KfW) para a implementação do projeto de investimento em infraestrutura e a compra de equipamentos e materiais para apoiar a cooperação Sul-Sul brasileira na América do Sul no campo da saúde. Pelo acordo, os recursos deveriam ser integralmente destinados a um país beneficiário a ser indicado pelo Brasil, cabendo ao Ministério da Saúde brasileiro a coordenação do projeto e a indicação do gestor financeiro de tais recursos, além da promoção do intercâmbio de experiências e do desenvolvimento de capacitações. Como se abordará posteriormente, o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) responsabilizaram-se pelo custeio de horas técnicas, diárias e passagens para a implementação das atividades de caráter técnico do projeto.

Considerando que já estava em curso um projeto de cooperação triangular entre Brasil, Uruguai e a Agência Alemã de Cooperação Internacional (GIZ), que tinha como objetivo o fortalecimento do sistema uruguaio de saúde e a estruturação de redes integradas de atenção naquele país com base na experiência do SUS, o Ministério da Saúde, em comum acordo com o país beneficiário, sugeriu a destinação dos recursos disponibilizados pelo KfW a uma nova parceria com o Uruguai.

Assim, tiveram início as negociações para a cooperação e a definição dos parceiros para sua execução. Analisou-se, também, a forma mais viável para a execução do recurso alemão em território uruguaio, com gestão brasileira. Em função da multiplicidade de atores e mudanças de governo ocorridas tanto no Brasil quanto no Uruguai, essas negociações acabaram levando alguns anos. Nesse período, em função da crise e da desvalorização do euro, os investimentos previamente acordados tiveram de ser reduzidos. O governo uruguaio demandou, então, a reforma de um Centro de Tuberculose e de duas policlínicas (unidades de saúde) e a construção de outras sete policlínicas, em quatro departamentos uruguaiois fronteiriços ao Brasil, todas devidamente equipadas para o atendimento à população. A proposta era melhorar a infraestrutura de saúde dessa região, fortalecendo a atenção à saúde em localidades com menos de cinco mil

habitantes. Foi, também, acordada a necessidade de intercâmbio técnico e realização de capacitações, para dotar de sustentabilidade as ações de construção de infraestrutura.

Em janeiro de 2015, foi firmado o Acordo em Separado, instrumento que determinava os atores envolvidos e seus papéis e atividades na cooperação. Para a gestão financeira, foi escolhida a Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), instituição com experiência em iniciativas similares em países da América Latina e Caribe e no continente africano, incluindo o apoio em iniciativas como o da construção da fábrica de medicamentos antirretrovirais em Moçambique. Para a execução, foi escolhido o Escritório das Nações Unidas de Serviços para Projetos (UNOPS) para realizar as licitações para construções e reformas diretamente no Uruguai – por esse arranjo, a gestora financeira estaria encarregada somente do repasse dos recursos. Para acompanhamento do projeto, o KfW contratou uma empresa de consultoria alemã, que geriu o repasse de recursos e monitorou os resultados.

Para o Programa de Formação de recursos humanos em saúde, foram escolhidas a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e a Universidad de la República (Udelar) do Uruguai para o oferecimento de um curso de formação de formadores na modalidade semipresencial.

Foi instituído um Comitê de Monitoramento formado por todos os atores envolvidos, que se reunia duas vezes ao ano para deliberar sobre as demandas uruguaias e as soluções apresentados pelo projeto e para acompanhar sua execução. Pelo lado brasileiro, o Comitê era integrado pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Fiotec; pelo lado uruguaio, estavam o Ministério da Saúde Pública (MSP) e a Administração de Serviços de Saúde do Estado (ASSE); pelo lado alemão, o KfW; além do UNOPS, como agência que apoiou a execução do projeto.

A execução do projeto teve início em 2016, quando o UNOPS deu início ao processo licitatório. Com as dificuldades verificadas no momento da execução, decidiu-se que o repasse de recursos seria realizado pelo KfW diretamente ao UNOPS, com a supervisão da Fiotec.

Durante agosto de 2016 e dezembro de 2017, as construções e as reformas foram realizadas, finalizadas e inauguradas. Foram construídas e equipadas as seguintes estruturas, nas províncias indicadas:

- Policlínica Extensão Sul (Bella Unión-Artigas);
- Policlínica Cuareim (Bella Unión-Artigas);
- Policlínica Moirones (Rivera);
- Policlínica Cañas (Cerro Largo);
- Policlínica Laguna Merín (Cerro Largo);
- Policlínica 18 de Julio (Rocha);
- Centro Auxiliar de Lascano (Rocha).

Foram reformados:

- Centro de Capacitação e Vigilância do MSP e o Edifício de Luta contra a Tuberculose (Rivera);
- Policlínica de Paso Ataques (Rivera);
- Policlínica de Plácido Rosas (Cerro Largo).

O Programa de Formação foi direcionado a gestores de atenção primária do nível central e de municípios localizados em áreas de fronteira entre Brasil e Uruguai. Os temas do Programa incluíram atenção primária em saúde, vigilância em saúde e redes de atenção à saúde, no âmbito de um acordo de cooperação entre o MS e o MSP, executado pela ENSP e pela Udelar. As passagens e as diárias dos professores brasileiros e as diárias dos professores uruguaios foram custeadas pelo MS. Como contrapartida, o Uruguai custeou o deslocamento interno para todos os alunos e os professores.

O curso teve início em março de 2017, com término em dezembro do mesmo ano. As aulas presenciais dos dez módulos estavam, inicialmente, previstas para acontecer em cidades-gêmeas, o que possibilitaria a participação de gestores brasileiros nas atividades. Dessa forma, foram reservadas dez vagas para alunos brasileiros, sendo um gestor de cada uma das seis cidades-gêmeas, três gestores das regionais de saúde fronteiriças e um membro do Conselho Gaúcho de Secretários Municipais de Saúde.

Por falta de infraestrutura nas cidades fronteiriças para a realização dos cursos, o Uruguai deliberou que alguns módulos seriam nas capitais departamentais. Tal mudança aumentou os custos de deslocamento e somente quatro brasileiros puderam fazer a formação, sendo dois de Aceguá/RS e dois de Santana do Livramento/RS. Pelo Uruguai, participaram 26 gestores dos quatro departamentos uruguaios.

4 Discussão do caso

A cooperação internacional triangular, muitas vezes realizada na configuração Norte-Sul-Sul, como no caso analisado, foi introduzida como complemento às formas bilaterais e multilaterais de cooperação. A atuação cooperativa de atores de diferentes naturezas – inclusive entre atores do Norte e do Sul, trabalhando em arranjos mais próximos das características da cooperação Sul-Sul – pode promover novo arranjo na governança global do desenvolvimento. Esse tipo de cooperação se realiza a partir de iniciativas realizadas entre dois ou mais países em desenvolvimento que se expandem com a cooperação, geralmente por meio do aporte de recursos, de um país desenvolvido ou de uma organização internacional, “transitando para a categoria de cooperação triangular” (OMS, 2014).

A intenção principal da cooperação triangular é reunir as respectivas forças de cada uma das partes, incluindo recursos financeiros, serviços e experiência técnica mais apropriados ou mais próximos da realidade do país em questão. Para Kumar (2008), aspecto básico é que as experiências bem-sucedidas em países do Sul podem

ser replicadas com a adição de conhecimento e *know-how* organizacional em outros países do Sul beneficiários. Assim, em vez de adotar ideias propostas pelos países industrializados, é vantajoso para os países em desenvolvimento aprenderem uns com os outros, já que os desafios enfrentados são semelhantes, assim como as “geografias, [os] vínculos culturais e linguísticos” (MCEWAN; MAWDSLEY, 2012). Entre os principais benefícios da cooperação triangular, incluem-se:

- Processo de negociação: cada etapa do processo é discutida e acordada por todos os parceiros;
- Tecnologia: os países beneficiários têm papel ativo e possuem autoridade sobre projetos e programas, liderando-os em cada fase;
- Aprendizado e capacitação: intercâmbio de conhecimento, informação e habilidades são objetivos explícitos da colaboração (OMS, 2014);
- Desenvolvimento local: conhecimentos e experiências locais e regionais, incluindo recursos externos para complementá-los;
- Responsabilidades específicas: os parceiros assumem a responsabilidade de sua própria área de especialização, “para fazer o melhor uso de suas vantagens comparativas” (FORDELONE, 2009).

Para além dos benefícios apresentados, alguns problemas e incertezas também foram identificados. Hosono (2011), McEwan e Mawdsley (2012) e OMS (2014) citam como exemplos a falta de clareza e de direções políticas claras, a complexidade administrativa em função dos muitos atores envolvidos – geralmente não restrito apenas às três instituições colaboradoras –, atrasos, elevados custos de transação, fragilidade da medição de resultados e diferenças de entendimento sobre o que é desenvolvimento e como fazer para alcançá-lo.

No caso ora apresentado, evidenciam-se alguns dos benefícios da cooperação tri-lateral, bem como alguns de seus desafios. Em primeiro lugar, cada etapa do processo foi discutida e acordada pelos parceiros, e, uma vez instituído, o Comitê de Monitoramento impulsionou a cooperação, deixando-a mais rápida e efetiva. O Uruguai, na qualidade de país beneficiário, teve papel ativo nesse processo e determinou não só as localidades importantes, mas também o que seria construído ou reformado frente a suas necessidades – o que está em sintonia com os princípios básicos da cooperação Sul-Sul de horizontalidade e de orientação por demandas (*demand-driven*).

Durante toda a cooperação, houve intensa comunicação entre os atores, gerando amplo intercâmbio de conhecimento e informação, e os técnicos das instituições envolvidas aproximaram-se, gerando sinergias para tratamento de outros temas. O Brasil não apenas colaborou com o fortalecimento da política de saúde uruguaia, mas também fortaleceu a política nacional com as trocas promovidas entre os gestores da área da fronteira. A formação de formadores aproximou os profissionais de saúde dos dois lados da fronteira, com compartilhamento de suas experiências e análise de possíveis

soluções para problemas comuns. Do lado alemão, a disponibilização de recursos foi fundamental para o aumento da disponibilidade de serviços de saúde na fronteira, e a consultoria que acompanhou o projeto teve um papel importante na auditoria de todo o processo e no estabelecimento de prazos para as entregas, garantindo sua realização no cronograma determinado pelo Acordo em Separado.

Igualmente, alguns desafios e aprendizados apresentaram-se ao longo do processo. Devido à multiplicidade de atores, a negociação levou alguns anos e, em função das diferenças cambiais havidas no período, levou à redução do escopo inicialmente previsto. Os atrasos na negociação também foram marcados por mudanças políticas nos dois países, que ocasionaram troca de equipes das instituições, sendo necessários novos acordos e definições. O desenho de repasse teve de ser alterado no decorrer da cooperação, para reduzir custos de transação, o que modificou o processo inicialmente previsto para a cooperação, pois o recurso passou a ser enviado diretamente do KfW ao Uruguai. As dificuldades uruguaias em sediar as capacitações nas cidades das regiões de fronteira também reduziram o número de gestores brasileiros que puderam participar do intercâmbio técnico.

Do ponto de vista da relação em saúde entre Brasil e Uruguai, o intercâmbio intensificou-se devido às atividades do Projeto de Cooperação Trilateral, que se mostrou notório exemplo de cooperação internacional. Essa iniciativa englobou tanto um relacionamento Sul-Sul quanto a complexidade de um arranjo trilateral, com um parceiro externo financiador, e obteve sucesso em suas ações tanto de infraestrutura quanto de formação.

O projeto teve como resultado importante legado de maior proximidade entre os gestores da fronteira, inclusive interações decorrentes da participação de turmas binacionais no Programa de Formação, proporcionando, assim, oportunidades de futuros trabalhos conjuntos e impulsionando a maior integração fronteiriça. O objetivo de colaborar para a melhoria das condições de saúde da população residente nessa região pôde ser alcançado, dessa maneira, em diversas frentes de atuação, fortalecendo o relacionamento bilateral entre os dois países e consubstanciando exemplo de cooperação fronteiriça que poderá ser adaptado para outras regiões de fronteira do Brasil.

Referências

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. **Consolidação dos Planos De Desenvolvimento e Integração das Faixas de Fronteira**. 2017. Disponível em: <<http://www.integracao.gov.br/documentos/4085233/0/Fronteira.+IICA.pdf/b8c60a27-9585-42ee-88a6-c4d02acb2965>>. Acesso em: 3 jun. 2018.

_____. Ministério da Integração Nacional. Portaria nº. 125, de 21 de março de 2014. Estabelece o conceito de cidades-gêmeas nacionais, os critérios adotados para essa definição e lista todas as cidades

brasileiras por estado que se enquadram nesta condição. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 mar. 2014.

_____. Ministério da Integração Nacional. **Portaria nº 213, de 19 de julho de 2016**. 2016. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?journal=1&pagina=12&data=20/07/2016>>. Acesso em: 3 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde. **Uruguai**. [2017]. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/assessoria-internacional/relacoes-bilaterais/uruguai>>. Acesso em: 3 jun. 2018.

_____; URUGUAI. **Acordo para a Melhoria das Condições Sanitárias na Região da Fronteira Brasileiro-Uruguia entre a República Federativa do Brasil e a República Oriental do Uruguai**. 1969. Disponível em: <<https://concordia.itamaraty.gov.br/detalhamento/1737>>. Acesso em: 3 jun. 2018.

FORDELONE, T. Y. **Triangular Co-Operation and Aid Effectiveness**, [S.l.]: OECD Development Co-operation Directorate, 2009.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do Mercosul na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, p. S251-S266, 2007a. Suppl. 2. <[dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001400014](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001400014)>.

_____. (Coord.) **Saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do Mercosul**. Rio de Janeiro: ENSP; Fiocruz, 2007b. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/SaudeFronteiras.pdf>>. Acesso em: 3 jun. 2018.

HOSONO, A. **South-South/Triangular Cooperation and Capacity Development**. 2008. Disponível em: <https://www.jica.go.jp/jica-ri/publication/booksandreports/jrft3q000000297p-att/1_PartI-Chapter3.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2018.

IBGE. **Estimativa de 180.712 habitantes**. Rio de Janeiro, 2017.

KUMAR, N. **South-South and Triangular Cooperation in Asia-Pacific: Towards a New Paradigm in Development Cooperation**. 2008. Disponível em: <https://www.un.org/ecosoc/sites/www.un.org/ecosoc/files/publications/background_study_final.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2018.

MCEWAN, C.; MAWDSLEY, E. **Trilateral Development Cooperation: Power and Politics in Emerging Aid Relationships**. 2012. Disponível em: <<http://ccs.ukzn.ac.za/files/Trilateral%20development%20cooperation.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2018.

MEIRELES, Thiago de Oliveira. **Da diplomacia federativa à cooperação internacional federativa**. 2016. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

NOGUEIRA, V. M. R.; FAGUNDES, H. S. A Implementação do Sis Fronteiras: perspectivas para a ampliação do direito à saúde na fronteira Arco Sul. **Serv. Soc. & Saúde**, Campinas, v. 13, n. 2, p. 245-260 jul./dez. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION PRESS. **South-South and Triangular Cooperation in Health, Current status and trends**. Genebra, 2014.

Cooperação humanitária em saúde

Raquel Machado¹ e Tatiane Lopes Ribeiro de Alcântara²

Resumo

O presente artigo tem como objetivo apresentar informações e dados acerca do trabalho de cooperação humanitária, voltado à doação de medicamentos, vacinas e insumos de saúde, desenvolvido pela Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA). A partir da metodologia de pesquisa em documentos técnicos do Ministério da Saúde, do Ministério das Relações Exteriores (MRE) e na literatura especializada, além da análise de dados disponíveis na AISA, o artigo busca evidenciar o trabalho realizado no âmbito do tema, destacando a progressão dos conceitos de ajuda, assistência e cooperação humanitária internacional, bem como suas diretrizes, formatos de ação e resultados no período de 2010 a 2018.

Palavras-chave: Cooperação internacional. Cooperação humanitária. Saúde. Política externa brasileira.

1 Introdução

As ações humanitárias buscam propiciar apoio a indivíduos, auxiliando no provimento de condições básicas de bem-estar daqueles que enfrentam necessidades ocasionadas por conflitos armados, desastres ambientais, rupturas de estoque de medicamentos, insumos de saúde e/ou alimentos ou outras condições extremas, com o propósito de mitigar o sofrimento e as adversidades causadas por esses acontecimentos, auxiliando na proteção à vida, à saúde e aos direitos fundamentais do ser humano em sua totalidade.

Ao longo do século XX, as ações humanitárias sofreram importantes transformações que permitiram a adequação da assistência prestada de acordo com as necessidades e as demandas colocadas. Na primeira metade do século passado, as maiores demandas de ação humanitária estiveram relacionadas a situações de conflitos armados, como as duas guerras mundiais, que provocaram a morte de cerca de 80 milhões de pessoas, e as pandemias, como a da gripe espanhola, iniciada em 1918, que levou à

¹ Graduada em Relações Internacionais pelo Centro Universitário Metodista Bennett do Rio de Janeiro – UniBennett, especialista em Saúde Global e Diplomacia da Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ. Foi servidora da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

² Graduada em Relações Internacionais pelo Centro Universitário Unieuro, cursa especialização em Micropolítica da Gestão e do Trabalho em Saúde pela Universidade Federal Fluminense – UFF. É servidora do Ministério da Saúde desde 2009, atualmente lotada na Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde.

morte entre 50 e 100 milhões de pessoas em todo o mundo. Nas últimas décadas, além dessas causas tradicionais, também têm contribuído para o novo quadro humanitário global o número crescente de pessoas afetadas por desastres naturais, o expressivo crescimento nos fluxos transnacionais de pessoas, animais e produtos, os efeitos da mudança do clima, a proliferação de doenças como o HIV/aids e a carência de medicamentos essenciais, entre outras. A crescente interconexão global também impulsionou e foi impulsionada pela consciência global de solidariedade e responsabilidade para apoiar a superação dos desafios ao desenvolvimento e o reconhecimento da saúde como direito dos indivíduos e dever do Estado, também passou a demandar atitudes mais assertivas dos governos para atender às necessidades das populações, especialmente em situações de emergência.

Paralelamente à evolução das demandas e das necessidades de apoio, registrou-se, ao longo das últimas décadas, a evolução do conceito atualmente definido como “cooperação humanitária”. Fundamentada nos princípios da dignidade da pessoa humana e da cooperação internacional para o progresso da humanidade, a cooperação humanitária corrobora o solidarismo, a defesa dos direitos humanos e a não indiferença como vertentes de ação da política externa brasileira. Ao longo das últimas décadas, a efetiva incorporação desses princípios à prática brasileira, particularmente no contexto pós-redemocratização, encontrou positividade na Constituição de 1988 e refletiu-se no resgate do universalismo e da cooperação em prol do desenvolvimento como vetores de inserção internacional do país.

O presente artigo não tem o propósito de esgotar as discussões referentes à história e à evolução da ajuda/assistência/cooperação humanitária e visa apenas a discorrer, em linhas gerais, sobre as ações que norteiam a cooperação humanitária na agenda de trabalho da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA).

2 Evolução conceitual: “ajuda”, “assistência” e “cooperação” humanitária

A literatura sobre a história do humanitarismo apresenta a Primeira Convenção de Genebra, firmada em 1864, como texto fundador do direito humanitário internacional contemporâneo e como marco para o reconhecimento da ajuda humanitária como prática legítima de proteção à vida humana. Essa convenção, intitulada “Convenção de Genebra para Melhoria das Condições dos Feridos e dos Enfermos das Forças Armadas em Campanha”, estabeleceu as bases para o reconhecimento de direitos humanos das vítimas de conflitos armados.

Ao longo de quatro Conferências, realizadas em 1864, 1907, 1929 e 1949, foram produzidos textos que formaram o núcleo jurídico do Direito internacional humanitário. As quatro Convenções de Genebra firmadas em 1949 atualizaram os textos discutidos nos encontros anteriores, outorgando proteção não apenas a soldados feridos,

enfermos e prisioneiros de guerra, mas também a civis³. Verifica-se, assim, a ampliação do conceito original de assistência humanitária, promovendo novo escopo da proteção à pessoa humana. Até então, as ações desenvolvidas eram voltadas prioritariamente aos militares. Com o fim da Segunda Guerra Mundial, dadas a magnitude do conflito e suas consequências, ficou explícita a necessidade de estender os mecanismos de proteção aos civis⁴.

Em 1991, a Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU) reconheceu, por meio da Resolução A/RES/46/182⁵, que a assistência humanitária desempenha importância fundamental para as vítimas de desastres e outras emergências e estabeleceu os seguintes princípios que devem guiá-la: a humanidade, a neutralidade e a imparcialidade. A cooperação internacional é reconhecida como de grande importância para apoiar a capacidade de resposta dos Estados em situações de emergência, mas a soberania, a integridade territorial e a unidade nacional dos Estados devem ser respeitadas, e a assistência humanitária deve ser realizada com o consentimento do recipiendário. A resolução tratou, ainda, da importância do apoio da comunidade internacional aos países em desenvolvimento para fortalecer suas capacidades e estratégias de prevenção, preparação e mitigação de desastres.

Progressivamente, com a evolução normativa e jurídica relacionada ao reconhecimento dos direitos humanos, as características daquela que era anteriormente designada “ajuda humanitária” ou “assistência humanitária” também foram transformadas, ampliando-se sua abrangência para incluir não apenas as ações imediatas em situações de emergência, mas também ações na vertente estruturante de preparação, resiliência e capacidade de resposta. Por essa razão, alguns autores passaram a empregar o termo “cooperação humanitária”, de caráter mais amplo.

Os termos “ajuda” e “assistência” humanitária são comumente tratados como sinônimos, como foi possível observar nos documentos técnicos e trabalhos produzidos por acadêmicos e autores especializados. Ambos os termos remetem à noção de assistencialismo, imputando um sentido de dependência. De maneira paralela, a terminologia “assistência técnica”, instituída pela AGNU em 1948⁶ como a transferência não

³ As quatro Convenções de Genebra de 1949 são tratados internacionais que foram ratificados por todos os atuais Estados membros da Organização das Nações Unidas. As Convenções protegem doentes e feridos das forças armadas em campanha (Primeira Convenção de Genebra); doentes, feridos e náufragos das forças armadas no mar (Segunda Convenção de Genebra); prisioneiros de guerra (Terceira Convenção de Genebra); e civis que se encontrem em poder de uma potência estrangeira no caso de um conflito internacional (Quarta Convenção de Genebra). Em 1977, dois Protocolos Adicionais às quatro Convenções de Genebra expandiram a proteção às vítimas de conflitos armados internacionais (Protocolo I) e não internacionais (Protocolo II). Disponível em <<https://www.icrc.org/pt/publication/convencoes-de-genebra-de-12-de-agosto-de-1949>>. Acesso em: 20 de março de 2018.

⁴ O Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) disponibiliza em sua página <<https://www.icrc.org/pt/guerra-e-o-direito>> textos que servem como fonte de pesquisa para o tema, incluindo a base legal do direito internacional que subsidia a atuação humanitária em situações de guerras. Acesso em: 20 de fevereiro de 2018.

⁵ Resolução A/RES/46/182, 1991.

⁶ Resolução A/RES/200 (III), 1948.

comercial de técnicas e conhecimentos entre países com distintos níveis de desenvolvimento, foi revista pela AGNU em 1959⁷, passando a empregar-se o termo “cooperação técnica”, mais propício para definir uma relação de trocas e interesses mútuos entre as partes envolvidas.

No Brasil, a partir do início dos anos 2000, os termos “ajuda” ou “assistência humanitária” passaram a ser gradativamente substituídos pela expressão “cooperação humanitária”, proporcionando um sentido de trabalho conjunto a fim de alcançar um objetivo comum. Verifica-se, entretanto, que os termos “ajuda” e “assistência” continuam a ser empregados por alguns atores envolvidos com o tema.

A Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) emprega o termo “assistência oficial ao desenvolvimento” (*official development assistance*) para incluir doações e empréstimos financeiros voltados à promoção do desenvolvimento e à “ajuda humanitária” (*humanitarian aid*). Trata-se de perspectiva voltada mais à ideia de doação unilateral do que à construção de capacidades. Em sintonia com essa visão, Stoddard et al (2013) definem o sistema humanitário como “a rede de entidades institucionais e operacionais interconectadas por meio das quais a assistência humanitária é provida quando os recursos locais e nacionais são insuficientes para alcançar as necessidades de uma população em crise” (pág. 4, tradução livre).

Ao avaliar os três conceitos utilizados para designar as ações humanitárias prestadas, descritos acima, verifica-se que eles têm em comum a finalidade de proporcionar auxílio àqueles que necessitam de apoio para superar as privações às quais estão momentaneamente submetidos. Ressalta-se, entretanto, que o termo “cooperação” compreende um leque de ações mais completo e de caráter estruturante: visa não apenas a prover “ajuda” no sentido estrito da palavra, mas também a atuar em conjunto para o desenvolvimento e/ou a recuperação do país demandante, integrando esforços e soluções tanto para promover sua reabilitação imediata, quanto para reforçar sua capacidade de resposta frente às situações emergenciais futuras. Em contrapartida, o Estado que se dispõe a cooperar com o país em situação de vulnerabilidade ocupa não apenas o papel tradicional de doador, mas também se beneficia do intercâmbio de práticas, experiências e políticas que permitam robustecer suas capacidades nacionais de resposta a emergências.

3 A cooperação humanitária no Brasil

No Brasil, a transição de perspectiva de “assistência” para “cooperação humanitária” ocorreu no início do século XXI, no contexto da priorização, pela política externa brasileira, da cooperação Sul-Sul fundamentada na horizontalidade que visa permitir

⁷ Resolução A/RES/1429 (XIV), 1959.

a troca de experiências e práticas entre os países cooperantes. A institucionalização da Coordenação-Geral de Cooperação Humanitária e Combate à Fome (CGFOME) no Ministério das Relações Exteriores (MRE), em 1º de janeiro de 2004, constituiu um marco para o trabalho humanitário no país. Essa Coordenação era responsável pela articulação política e operacional de todas as ações humanitárias desenvolvidas pelo Governo federal, atuando como interlocutora junto aos demais órgãos governamentais brasileiros e aos governos estrangeiros e organismos internacionais envolvidos nessas ações.

De acordo com o MRE, a cooperação humanitária internacional brasileira consiste em

contribuir para a prevenção, a resposta, a mitigação e a recuperação socioeconômica e ambiental de comunidades vulneráveis e em situação de emergência, seguindo os princípios de humanidade, imparcialidade, neutralidade e independência, em conformidade com as Resoluções 46/182 e 58/114 da Assembleia Geral das Nações Unidas e com o artigo 4º da Constituição Federal, que prevê que a República Federativa do Brasil [se rege] nas relações internacionais pelos princípios de prevalência dos direitos humanos e da cooperação entre os povos para o progresso da humanidade, entre outros (BRASIL [2006]).

Dois anos após a institucionalização da CGFOME, foi publicado o Decreto nº 10.864, de 21 de junho de 2006, criando o Grupo de Trabalho Interministerial sobre Assistência Humanitária Internacional (GTI-AHI), reunindo representantes de quinze ministérios e órgãos do governo federal com os objetivos de

I – coordenar os esforços brasileiros de assistência humanitária internacional;

II – formular propostas de projetos de lei que visem autorização *lato sensu* para ações humanitárias internacionais empreendidas pelo Brasil. (BRASIL, 2016, Art. 1º)

A criação do GTI-AHI levou em consideração

a necessidade de se instituir, na legislação vigente, autorização para que o Poder Executivo possa, de forma permanente, empreender ações humanitárias com a finalidade de proteger, evitar, reduzir ou auxiliar outros países ou regiões que se encontrem, momentaneamente ou não, em estado de calamidade pública ou situações de emergência, de risco iminente ou grave ameaça à vida, à saúde, à proteção dos direitos humanos ou humanitários de sua população, respeitando a cultura e os costumes locais dos beneficiários (BRASIL, 2016, preâmbulo).

Como produto das atividades do GTI-AHI, foi elaborado anteprojeto de lei⁸ voltado a suprir a lacuna legislativa nacional, de modo a incorporar as formalidades legais necessárias para permitir “a doação de alimentos, medicamentos e outros bens procedentes de estoques públicos brasileiros a terceiros países” (BRASIL, 2007). As atividades do Grupo foram interrompidas em maio de 2016 e retomadas apenas em março de 2018.

A CGFOME foi extinta por meio do Decreto 8.817, de 21 de julho de 2016. Suas atribuições foram incorporadas à Agência Brasileira de Cooperação (ABC), também vinculada ao MRE, concebida para negociar, coordenar, implementar e acompanhar os programas e projetos brasileiros de cooperação técnica⁹. A retomada das atividades do GTI-AHI, em março de 2018, foi promovida pela ABC, com vistas a dar seguimento à iniciativa de definição de marco legal para as ações de cooperação humanitária desenvolvidas pelo governo brasileiro.

4 A cooperação humanitária internacional no âmbito da saúde

A AISA é responsável pela coordenação de todas as ações de cooperação internacional desenvolvidas no âmbito do Ministério da Saúde – tanto de cooperação técnica quanto de cooperação humanitária. Sua expertise na cooperação humanitária brasileira desenvolve-se em duas vertentes principais de trabalho: a emergencial e a responsiva¹⁰. A cooperação no modelo emergencial visa ao apoio às populações atingidas por catástrofes naturais e/ou humanitárias, com a doação de medicamentos e insumos de saúde. Já a vertente responsiva objetiva o suporte momentâneo aos sistemas de saúde nacionais com ações voltadas a suprir demandas decorrentes de epidemias e/ou desabastecimentos de estoques.

O projeto da Rede Laços Sul-Sul¹¹, instituída em 2005, previa, além da elaboração conjunta de estratégias para o desenvolvimento, a doação de medicamentos antirretrovirais de primeira linha fabricados no Brasil para o combate ao HIV/aids nos países participantes da iniciativa¹². A cooperação tripartite Brasil-Cuba-Haiti também bus-

⁸ Projeto de Lei (PL) 737/2007, que “dispõe sobre ações humanitárias internacionais empreendidas pelo Poder Executivo com a finalidade de prevenir, proteger, preparar, evitar, reduzir, mitigar sofrimento e auxiliar outros países ou regiões que se encontrem, momentaneamente ou não, em situações de emergência, de calamidade pública, de risco iminente ou grave ameaça à vida, à saúde, à garantia dos direitos humanos ou humanitários de sua população”. O PL aguarda deliberação de recurso na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados desde maio de 2010 e não teve tramitação administrativa desde essa data.

⁹ Para mais informações sobre as atribuições e as atividades desenvolvidas pela ABC, acessar <<http://www.abc.gov.br/SobreABC/Introducao>>.

¹⁰ Conceitos elaborados pelas autoras, a partir da prática cotidiana no trabalho de cooperação humanitária.

¹¹ A iniciativa Rede Laços Sul-Sul foi o desdobramento de uma ação do Ministério da Saúde que consistia na doação de medicamentos antirretrovirais produzidos pelo Brasil a países em desenvolvimento.

¹² A esse respeito, *vide* artigo “Cooperação técnica e humanitária internacional e o protagonismo brasileiro na resposta regional e global ao HIV”, de Mauro Teixeira de Figueiredo.

cou conciliar ações emergenciais de resposta à catástrofe do terremoto de janeiro de 2010 no Haiti, incluindo a doação de 400 toneladas de medicamentos, com ações de fortalecimento do sistema de saúde pública haitiano, na perspectiva de construção de capacidades e resiliência no médio e no longo prazos¹³.

Na perspectiva das ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, a cooperação humanitária abrange todas as ações que têm por finalidade prevenir, proteger, reduzir o sofrimento e auxiliar na reparação e no desenvolvimento de países que se encontrem em situações momentâneas ou duradouras de emergência, calamidade pública, risco iminente ou grave ameaça à vida, à saúde, à garantia dos direitos humanos ou humanitários de sua população. Na realização da cooperação humanitária, devem ser observados os princípios humanitários da humanidade, da neutralidade, da imparcialidade e da independência, em conformidade com os princípios definidos pelo Escritório das Nações Unidas para a Coordenação de Assuntos Humanitários (OCHA)¹⁴.

No Ministério da Saúde, um dos primeiros instrumentos normativos para o reconhecimento do trabalho desenvolvido no âmbito da cooperação humanitária em saúde foi a Portaria nº 1.650, de 13 de agosto de 2008, que criou um grupo técnico (GT) para coordenar e acompanhar as ações de “assistência” humanitária no Ministério da Saúde, sob a coordenação da AISA. O GT foi criado com o objetivo de acompanhar a crescente participação do governo brasileiro na atuação humanitária internacional, especificamente no âmbito da saúde. O GT teve suas atividades suspensas nos últimos anos. Está em curso proposta de reativação do grupo, visando ao aprimoramento dos trabalhos da cooperação humanitária no âmbito do Ministério da Saúde, com a atualização e o estabelecimento de fluxos institucionais que permitam adequar os trâmites internos às novas realidades das demandas de cooperação humanitária recebidas e realizadas pelo Brasil.

Atualmente, a AISA busca manter registros oficiais e realizar ações que visem à organização dos trâmites necessários à concretização das ações de cooperação humanitária internacional. Essa tarefa envolve não só uma multiplicidade de atores, dentro e fora do Ministério da Saúde, mas também ampla gama de procedimentos, documentos

¹³ Sobre esse tema, *vide* artigo “Cooperação em saúde com o Haiti”, de Douglas Valletta Luz.

¹⁴ De acordo com as premissas da OCHA, os princípios da ação humanitária são:

I – Humanidade – O sofrimento humano deve ser atendido onde quer que se encontre. O objetivo da ação humanitária é proteger a vida e a saúde e garantir o respeito dos seres humanos.

II – Neutralidade – Os atores humanitários não devem tomar partido nas hostilidades e nas controvérsias de ordem política, racial, religiosa ou ideológica.

III – Imparcialidade – A ação humanitária deve levar-se a cabo em função da necessidade, dando prioridade aos casos mais urgentes e sem fazer distinção com base em nacionalidade, raça, sexo, crenças religiosas, classe ou opinião política.

IV – Independência operativa – A ação humanitária deve ser autônoma dos objetivos políticos, econômicos, militares ou de outro tipo que qualquer agente humanitário possa ter a respeito das zonas onde estejam executando as medidas humanitárias. (ONU, 2012, Tradução livre)

e fluxos institucionais que a AISA tem buscado otimizar e racionalizar. Busca-se desenvolver, também, ações contínuas de conscientização interna sobre os procedimentos para a realização e o recebimento de doações internacionais pelo Ministério da Saúde e sobre a importância de envolvimento da AISA para o processamento mais ágil e eficaz desses trâmites. Esses contatos têm sido estabelecidos e reforçados junto aos pontos focais para temas humanitários em diversas áreas técnicas do Ministério da Saúde, como as responsáveis por HIV/aids, tuberculose e malária, entre outras, e com parceiros externos, como a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Ministério da Defesa e outros.

Até 2017, os registros da AISA contabilizavam apenas as doações realizadas pelo Ministério da Saúde, sendo suprimidas as informações sobre as doações recebidas do exterior. Isso ocorria, sobretudo, pela fragmentação da comunicação entre a AISA e as áreas técnicas e pela falta de estabelecimento e divulgação de fluxos institucionais claros para a realização desses trâmites. Até então, era comum que algumas unidades do Ministério da Saúde buscassem diretamente junto à OPAS ou a seus homólogos nos países parceiros solução para problemas de desabastecimento iminente no país. A AISA era, muitas vezes, procurada apenas quando ocorria algum problema na tramitação dessas solicitações, o que poderia ter sido evitado se houvesse acompanhamento desde os estágios iniciais.

Com o propósito de evitar que esse tipo de problema se repetisse, e também visando a dar maior organicidade e publicidade às ações humanitárias realizadas pelo Ministério da Saúde, sentiu-se a necessidade de buscar informações sobre as doações recebidas. Em 2017, a Divisão de Importação do Ministério da Saúde deu início à documentação dessas doações, em estreito contato com a AISA. As doações recebidas pelo Ministério da Saúde ao longo dos últimos anos são constituídas de medicamentos para o tratamento de doenças negligenciadas¹⁵, como a malária e a hanseníase, em situações de risco de desabastecimento nacional por indisponibilidade momentânea de fornecedores ou atrasos imprevistos nos processos de licitação, compra e/ou entrega desses insumos. Além disso, medicamentos baratos cujas patentes já expiraram despertam pouco interesse da indústria farmacêutica, o que também pode provocar situações de desabastecimento e exigir a adoção de medidas emergenciais de produção em laboratórios governamentais. Geralmente, a OPAS desempenha o papel de intermediador ou doador para essas demandas nacionais, identificando países da região que porventura tenham esses medicamentos em seus estoques para doação ou doando medicamentos eventualmente disponíveis no Depósito de Resposta Humanitária das Nações Unidas no Panamá.

¹⁵ As doenças negligenciadas são aquelas causadas por agentes infecciosos ou parasitas e são consideradas endêmicas em populações de baixa renda.

5 Histórico das doações realizadas pelo Ministério da Saúde com intermediação da AISA no período de 2010 a 2017

O registro das doações de medicamentos, vacinas e insumos realizadas pelo Ministério da Saúde teve início a partir do ano de 2010. À época, entretanto, não havia padronização na compilação dos dados, de modo que a informação referente às doações realizadas no período de 2010 a 2015 é subestimada. A partir de 2016, a equipe de cooperação humanitária da AISA deu início a processo de ajustes dos registros e dos trâmites internos para o atendimento das demandas, tomando por base regras internacionais vigentes, legislação e normativa domésticas e orientações da Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde (Conjur).

A cooperação humanitária coordenada pela AISA tem sido realizada em parceria com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde (SCTIE)¹⁶, unidades pertencentes à estrutura institucional do Ministério da Saúde, com a doação de medicamentos, vacinas e outros insumos em cenários de crises, emergências, escassez de estoques, desastres naturais e humanitários ou, ainda, no contexto de projetos de cooperação internacional que demandem tais produtos. Uma vez que o Sistema Único de Saúde é gerido de maneira tripartite, pelo governo federal, pelos estados e pelos municípios, há produtos que não são adquiridos pelo Ministério da Saúde. Nesses casos, existe um vazio legal e de fluxos institucionais no país que permita tanto a realização quanto a solicitação de doações internacionais envolvendo os entes federados. A cooperação humanitária desenvolvida pelo Ministério da Saúde restringe-se aos medicamentos, vacinas e insumos de saúde adquiridos pelo governo federal.

Os interlocutores para a realização e a recepção de doações pelo Ministério da Saúde são sempre governos centrais de outros países, por meio de contatos diplomáticos, ou organizações internacionais, especialmente a OPAS e a OMS. No âmbito das ações de cooperação humanitária internacional, o Ministério da Saúde não realiza, portanto, doações a indivíduos, a empresas privadas ou a organizações da sociedade civil, dada a ausência de mecanismos legais que o possibilitem. Os países da América do Sul são os principais parceiros do Brasil para a cooperação humanitária em saúde. Isso se deve a fatores como as semelhanças dos agravos, de formas de prevenção e de protocolos de tratamento, a proximidade geográfica, a fluidez de contatos por agendas de cooperação técnica e a participação conjunta em foros regionais e sub-regionais de saúde. A OPAS desenvolve papel fundamental na identificação de possíveis doadores e receptores nas Américas. Nos últimos anos, o Ministério da Saúde doou a países da região medicamentos para o tratamento de tuberculose, HIV/aids, hepatites virais,

¹⁶ Para mais informações sobre as atividades da SCTIE, ver RIBEIRO et al., 2018.

malária, leishmaniose, além de vacinas e soros antivenenos, para atender situações de emergência, escassez de estoques e ações previstas em projetos de cooperação com países demandantes.

No continente africano, a maioria das doações realizadas pelo Ministério da Saúde são compostas por medicamentos antirretrovirais e insumos utilizados na prevenção e no controle das infecções sexualmente transmissíveis, especialmente o HIV/aids e as hepatites virais. Destinos recentes dessas doações foram Angola, Benim, Cabo Verde, Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe. Também foram realizadas doações de vacinas contra febre amarela para Cabo Verde e Sudão, de medicamentos contra tuberculose para São Tomé e Príncipe e Cabo Verde e de antimaláricos para a Costa do Marfim. No ano de 2014, o Brasil contribuiu com a doação de mais de seis toneladas de medicamentos básicos e insumos de saúde para auxiliar no combate à epidemia de ebola no oeste da África.

Entre as doações recentes para países da América Central e do Caribe, destacam-se o apoio às vítimas de desastres climáticos, como o terremoto no Haiti em janeiro de 2010, que causou a morte de mais de 230 mil pessoas, a tempestade tropical Erika, que atingiu a ilha caribenha de Dominica em 2015, e o furacão Matthew no Haiti em 2016. Neste último caso, o governo brasileiro, em iniciativa integrada dos Ministérios da Saúde, da Defesa e das Relações Exteriores, enviou ao Haiti mais de 18 mil unidades de medicamentos, testes rápidos para HIV, materiais de uso hospitalar e quase quatro mil doses de vacinas contra cólera. No contexto do desenvolvimento de projeto de cooperação técnica entre o Brasil e o Haiti na área de diagnóstico e tratamento de HIV/aids, o Ministério da Saúde doou ao governo haitiano, em 2016, mil testes rápidos de fluido oral de HIV.

Países da Ásia também foram beneficiados pelas doações realizadas pelo Ministério da Saúde recentemente. Síria, Líbano e Palestina receberam itens para atendimento às populações afetadas por conflitos armados nos anos de 2013, 2014, 2015 e 2017. Em 2015, foram enviados dez kits de medicamentos e insumos de saúde ao Nepal, afetado por um terremoto que matou quase nove mil pessoas e deixou três milhões e meio de desabrigadas. Cada um desses kits, cuja composição é definida pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2.365, de 18 de outubro de 2012, é capaz de atender até quinhentas pessoas desabrigadas e desalojadas, por um período de três meses¹⁷. Embora tenham sido constituídos a partir da realidade brasileira de desastres de origem natural associados a chuvas, ventos e granizo, esses kits também podem ser adaptados para atendimento a demandas internacionais, sempre que necessário, de acordo com a disponibilidade nacional.

¹⁷ Portaria 2.365 de 18 de outubro de 2012. Acessível no Diário Oficial da União publicado em 22 de outubro de 2012 ISSN 1677-7042 N° 204. Texto disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2365_18_10_2012.html>.

6 Procedimentos para doações internacionais no âmbito do Ministério da Saúde

O trâmite para a realização das ações humanitárias no âmbito do Ministério da Saúde segue orientações definidas pela Conjur, com base em dispositivos constitucionais e na análise de outros procedimentos legais disponíveis, uma vez que inexistente legislação referente às ações humanitárias internacionais no Brasil, e o Projeto de Lei nº 737/2007¹⁸, que visa autorizar o Poder Executivo a realizar essas ações, ainda não foi aprovado e segue sem tramitação no Congresso Nacional desde 2010¹⁹.

Para que o Ministério da Saúde possa efetuar doações a outros países necessitados, a demanda deve partir de solicitação do MRE, que transmite a solicitação do país demandante ou do organismo internacional, como a OPAS ou a OMS. O Ministério da Saúde não recebe, portanto, solicitações formais diretas de governos estrangeiros, já que sua tramitação oficial deve dar-se por via diplomática, em conformidade com as atribuições legalmente definidas para o MRE, por meio da ABC, nessa matéria. Esse fluxo visa não somente a dotar de maior coerência e institucionalidade a ação administrativa de doação, mas também a permitir seu acompanhamento e sua avaliação política, à luz das orientações da política externa brasileira, pelo órgão que tem competência para fazê-lo.

Cabe à AISA, ao receber a solicitação do MRE, identificar e remeter a demanda à secretaria do Ministério da Saúde responsável pela aquisição e/ou distribuição do medicamento, vacina ou insumo solicitado para sua manifestação formal. Ao realizar avaliação sobre a disponibilidade do produto para doação, a secretaria competente deve assegurar que o eventual atendimento do pleito não implique prejuízo para a consecução das políticas públicas de saúde nem comprometa os estoques estratégicos ou a distribuição interna dos respectivos bens no Brasil.

Após a manifestação da área técnica sobre a disponibilidade de doação, a AISA, em parceria com o MRE, realiza os trâmites logísticos para a concretização da ação. Esses trâmites envolvem desde a liberação da documentação necessária para a doação e a contratação do frete até a embalagem e acondicionamento, a liberação do produto nos estoques do Ministério da Saúde, os trâmites aduaneiros de saída do Brasil, trânsito e chegada ao país de destino e todas as etapas do transporte da carga, que demandam acompanhamento constante – e, não raro, exigem a solução de imprevistos operacionais com urgência. Nas ocasiões em que o Ministério da Saúde não tem meios para custear o transporte da carga, buscam-se alternativas de custeio em organizações internacionais, particularmente a OPAS e a OMS. A operacionalização da doação termina quando a

¹⁸ Projeto de Lei 737/2007, que regulamenta as ações de cooperação humanitária praticadas pelo Poder Executivo (BRASIL, 2007).

¹⁹ <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=348306>>.

AISA recebe a confirmação oficial de recebimento da carga pelo país demandante. É comum que haja diversos trâmites de realização e recebimento de doações ocorrendo de maneira simultânea, o que faz necessária a existência de equipe exclusivamente dedicada à cooperação humanitária na estrutura da AISA.

O MRE, por meio dos postos do Brasil no exterior, também acompanha os trâmites de recepção e entrega simbólica da carga no país de destino, fato que representa momento político especial para fortalecer o engajamento do Brasil com a sociedade e o governo locais. A cooperação humanitária internacional comporta, assim, importante dimensão da política externa brasileira, e as doações internacionais na área da saúde fortalecem, de maneira ainda mais intensa, as vertentes solidária e cooperativa na ação internacional do Brasil. Com alguma regularidade, o Ministério da Saúde recebe cartas de agradecimento de ministros da Saúde estrangeiros pelas vidas salvas com o gesto humanitário de doação.

Para a recepção de doações internacionais, as unidades competentes pelo produto em falta no Ministério da Saúde contatam a AISA, que consulta a OPAS sobre a eventual disponibilidade do bem para doação e, se necessário, solicita à ABC que faça consulta aos postos do Brasil no exterior, particularmente aqueles localizados na América Latina, sobre a eventual disponibilidade do medicamento, vacina ou insumo em seus estoques.

O Ministério da Saúde não realiza venda, compra ou “empréstimo” de produtos em ações de cooperação humanitária internacional. Essas doações estão sempre baseadas na solidariedade e na perspectiva de que a saúde é um direito humano universal.

Além das orientações da Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde, a AISA também usa como base, para a realização da cooperação humanitária internacional, procedimentos, princípios e diretrizes adotados pela Organização Mundial da Saúde²⁰ e pela Organização Pan-Americana da Saúde²¹, tais como:

- Doar somente o solicitado ou o acordado entre os países, a fim de evitar desperdício de produtos e de mão de obra para organização e distribuição dos insumos recebidos. O envio de doação não solicitada a um país afetado por uma emergência não raro representa um problema para coordenação da equipe humanitária, que, muitas vezes, não tem recursos humanos e financeiros para recebimento e gestão da carga ou não dispõe de local para sua armazenagem, de energia elétrica para a manutenção de produtos refrigerados, entre

²⁰ Ver, por exemplo, “Guidelines for medicine donations”, cuja terceira edição foi publicada pela OMS em 2011. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/publications/med_donationsguide2011/en/>. Acesso em: 2 jun. 2018.

²¹ Ver, por exemplo, “Humanitarian assistance in disaster situations: a guideline for effective aid”, publicado pela OPAS em 1999. Disponível em: <<https://www.paho.org/disasters/dmdocuments/PED/Publications/books/pedhuman.pdf?ua=1>>. Acesso em: 2 jun. 2018.

outros. Uma situação que exemplificou essas dificuldades foi a vivida por El Salvador após terremoto que atingiu o país em 2001. De acordo com dados da OPAS (OPAS, 2008), aproximadamente 37% dos medicamentos recebidos como doação nessa ocasião foram inadequados, apesar da publicação de uma lista prévia de necessidades estabelecidas pelo governo salvadorenho.

- Planejar as doações e realizar a comunicação com os agentes do país afetado, com a finalidade de obter informações sobre a logística e as condições de recepção da carga. É importante o contato com as missões diplomáticas e consulares, que geralmente são as primeiras a estabelecer comunicação com as autoridades de emergências, para saber as prioridades humanitárias.
- Respeitar os trâmites burocráticos do país afetado, que, por vezes, exigem uma gama de documentos para proceder à liberação de entrada dos medicamentos em seu território.
- Enviar medicamentos com validade mínima de seis meses.
- Enviar produtos com qualidade atestada, de forma a não causar dúvidas quanto à sua procedência.

O Ministério da Saúde responde a eventuais críticas pontuais referentes às doações internacionais realizadas pelo Brasil com base em princípios humanitários e de solidariedade. Na página da AISA²², esclarece-se que

[a]s ações humanitárias não privam dos brasileiros o direito ao acesso dos medicamentos, que são doados apenas se não fizeram falta a pacientes nacionais. Além do dever moral de auxiliar países e pessoas em situação de necessidades básicas de saúde, as ações de cooperação humanitária também reforçam o compromisso institucional que o Brasil tem com a cooperação internacional, princípio consagrado na Constituição brasileira. Como consequência, a projeção internacional do Brasil é fortalecida.

Dada a natureza interconectada dos fluxos de pessoas e produtos no mundo atual, é importante considerar que eventuais problemas de saúde em outros países também podem representar risco potencial para a população de outros países, algo que é ampliado em um país das dimensões do Brasil, com mais de 16 mil quilômetros de fronteiras com dez países. Além disso, o Brasil também recebe doações internacionais de saúde que contribuem para reforçar o atendimento à população no SUS. A cooperação humanitária internacional reforça, portanto, em uma via de mão dupla, o reconhecimento da saúde como direito individual, positivado na Constituição brasileira, e como direito humano, em conformidade com os compromissos internacionais do Brasil nessa matéria.

²² Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/assessoria-internacional/cooperacao>>. Acesso em: 2 jun. 2018.

7 Desafios e nós críticos

A projeção da cooperação humanitária no Brasil e no mundo está relacionada a diferentes fenômenos, como mudanças do clima, grandes catástrofes ambientais, conflitos armados e deslocamentos forçados de pessoas. Esses fatores contribuem para a mobilização da comunidade mundial em prol daqueles que mais necessitam.

O Brasil tem se destacado, ao longo das duas últimas décadas, como país engajado na cooperação humanitária internacional. Trata-se, entretanto, de desafio permanente. Países em desenvolvimento são, geralmente, aqueles com menor capacidade de resiliência e resposta diante de situações de emergência. As doações internacionais são importantes nesses episódios, mas a cooperação humanitária deve dar um passo além, em direção à efetiva construção de capacidades que permitam evitar e preparar-se para fatalidades imprevistas, com iniciativas voltadas ao desenvolvimento sustentável. Para Sardenberg (2005), apesar dos avanços significativos, as conquistas na área humanitária não produziram mudanças com a velocidade almejada. Para o autor, a realização dos direitos econômicos e sociais segue inatingível para muitas centenas de milhões de pessoas que vivem em situação de pobreza extrema.

A AISA exerce papel fundamental de articulação no Ministério da Saúde em matéria de cooperação humanitária, de modo a garantir que o Brasil mantenha sua posição de colaborador junto aos países e às organizações parceiras, reforçando os princípios de desenvolvimento e horizontalidade. A cooperação humanitária deve cumprir, na agenda de atuação da AISA, papel complementar e plenamente integrado às ações desenvolvidas no domínio da cooperação técnica internacional.

No âmbito dos projetos de cooperação internacional promovidos e acompanhados pela AISA, a doação de medicamentos, vacinas, insumos de saúde e equipamentos e a prestação de assistência técnica e capacitação são recorrentes. Para além do atendimento às demandas emergenciais de doações internacionais, o papel desempenhado pela AISA no âmbito da cooperação internacional também comporta elementos de importância fundamental para a execução da política externa nacional.

As eventuais críticas de setores da sociedade às atividades de cooperação humanitária internacional, dadas as carências e dificuldades do sistema de saúde nacional, revelam desconhecimento das premissas da cooperação humanitária e dos princípios da moralidade, do altruísmo, da promoção do desenvolvimento e do acesso à saúde como direito humano. Além disso, é inegável que as ações de cooperação internacional também beneficiam, direta e indiretamente, a população brasileira, tanto por meio da recepção de doações internacionais em situações temporárias e imprevistas de escassez quanto pela contenção de doenças em países vizinhos que também poderiam afetar a população brasileira, por exemplo.

A falta de marco legal que ampare e regule as ações de cooperação humanitária desenvolvidas pelo Brasil requer especial atenção. Esse tópico vem sendo tratado como prioridade pelo GTI-AHI. Isso também poderá contribuir para que assuntos relacionados aos aspectos logísticos sejam mais facilmente resolvidos, considerando que, muitas vezes, o país demandante enfrenta dificuldades para a contratação de transporte internacional que permita levar a carga doada do Brasil ao local de destino, restringindo a possibilidade de atendimento da demanda pelo Ministério da Saúde.

O fortalecimento das ações de cooperação emergencial atreladas a políticas e projetos estruturantes é fundamental para qualificar a atuação internacional do país, promovendo o desenvolvimento não apenas dos sistemas de saúde dos países mais necessitados, mas também, e conseqüentemente, de suas sociedades.

Referências

ALMEIDA, Celia et al. A concepção brasileira de cooperação Sul-Sul estruturante em saúde. **Reciis**, v. 4, n. 1, p. 25-35, 2010.

BRASIL. **Decreto [10.864] de 21 de junho de 2006**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Dnn/Dnn10864.htm>. Acesso em: 16 ago. 2018.

_____. **Projeto de Lei 737/2007**. Exposição de Motivos nº 32, de 06/02/2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Projeto/Quadros/quadro_PL/2007.htm>. Acesso em: 16 ago. 2018.

_____. Ministério das Relações Exteriores. **Cooperação humanitária brasileira**. [2006]. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/politica-externa/cooperacao/11937-cooperacao-humanitaria-brasileira>>. Acesso em: 9 mar. 2018.

CRISES humanitárias, cooperação e o papel do Brasil. Rio de Janeiro: Médicos Sem Fronteiras, 2016. Vários autores. Assistência humanitária – Estudo de casos 2. Assistência médica – Estudo de casos 3. Crises – Aspectos sociais 4. Crises humanitárias – Cooperação internacional 5.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Rede Laços Sul-Sul**: uma iniciativa internacional de cooperação para o enfrentamento da epidemia HIV/aids. 2016. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/rede_sul_sul_pt.PDF>. Acesso em: 20 mar. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Escritório das Nações Unidas para a Coordenação de Assuntos Humanitários. **OCHA on Message**: Humanitarian Principles. jun. 2012. Disponível em: <http://www.unocha.org/sites/dms/Documents/OOM-humanitarianprinciples_eng_June12.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Saber Donar**: recomendaciones prácticas sobre donaciones humanitarias. Panamá, 2008.

SARDENBERG, Ronaldo Mota. Brasil, política multilateral e Nações Unidas. **Estud. av.**, São Paulo, v. 19, n. 53, p. 347-367, abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142005000100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2018.

SCHMITZ, Guilherme de Oliveira; BEZERRA LIMA, João Brígido; SOMAIO, Alan. Assistência Humanitária Internacional: Uma Análise da Experiência Brasileira Recente (2007-2010). **Boletim de Economia e Política Internacional**, n. 4, p. 54, 2010. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/4705>>. Acesso em: 31 jan. 2018.

STODDARD, A. et al. **State of the Humanitarian System (Second Edition)**: Inception Report, 2015. [S.l.]: Humanitarian Outcomes; ALNAP. Disponível em: <www.alnap.org/resource/9253.aspx>. Acesso em: 1 jun. 2018.

**A DIMENSÃO
MULTILATERAL DA
ATUAÇÃO BRASILEIRA
EM SAÚDE**

A Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA): a história rumo à atuação multilateral

Indiara Meira Gonçalves¹

Resumo

Este artigo pretende apresentar aos leitores, por meio de um método descritivo, percepções sobre a criação e o funcionamento da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA) como integrante da estrutura de coordenação do Ministério da Saúde para atuação nos foros multilaterais de saúde, com destaque para a narrativa dos processos de coordenação e participação do Brasil nos órgãos de governança da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Palavras-chave: Saúde. Multilateralismo. Diplomacia da saúde global. Política externa.

1 O multilateralismo na área de saúde

A partir do início dos anos 1990, com o fim da Guerra Fria, o surgimento de novos Estados independentes, a emergência de novos atores relevantes no setor de saúde e a mudança do perfil epidemiológico global, verificou-se uma mudança na condução dos temas que compõem a agenda global de saúde. Aliado a isso, o ano de 1993 trouxe um elemento de grande relevância para o cenário internacional da saúde: a publicação, pelo Banco Mundial, do Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial intitulado “Investindo em Saúde”, no qual, pela primeira vez, é feita análise detalhada da relação entre saúde, políticas de saúde e desenvolvimento econômico, dando ênfase à relação entre pobreza e saúde. A associação entre pobreza e saúde trouxe nova concepção ao debate acerca das políticas de saúde nos países em desenvolvimento. O tema de erradicação da pobreza passou a ser amplamente discutido no plano internacional, aproximando-se da abordagem integral da saúde. Começou, também, a ser percebida a importância de ações estratégicas em componentes sociais relacionados à saúde, tais como emprego, educação, entre outros.

A emergência de novos temas na agenda internacional, como meio ambiente, direitos humanos e terrorismo, foi acompanhada da proliferação de atores envolvidos em temáticas internacionais. As crescentes intersectorialidade e transversalidade dos temas

¹ Doutoranda em Saúde Global e Sustentabilidade na Universidade de São Paulo (USP); especialista em Saúde Global e Diplomacia da Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); graduada em Relações Internacionais pela Universidade Católica de Brasília.

de saúde levaram os governos a reconhecer sua incapacidade de enfrentar problemas comuns de modo individualizado, levando à busca de soluções coletivas.

Na esteira da multiplicidade de atores e da nova dinâmica de poder que se descortinava, a política externa brasileira observou um fenômeno chamado por Jeffrey Cason e Timothy J. Powers (2006) de diplomacia presidencial².

Na perspectiva de Keohane (apud MELLO, 2011, p.15), o multilateralismo é definido como a “ação coletiva institucionalizada empreendida por um conjunto de Estados independentes estabelecido de maneira inclusiva”. Ruggie (apud IZUEL, 2010, p.34, tradução livre), por sua vez, define o multilateralismo como

[u]ma forma institucional que coordena as relações entre três ou mais Estados com base em princípios gerais de conduta, isto é, princípios que especificam a conduta adequada para cada tipo de ação, sem levar em consideração os interesses particulares das partes ou as exigências estratégicas que possam se dar em cada caso concreto.

Ao engajar-se no multilateralismo, os Estados coordenam-se e optam por um modelo de valores compartilhados, criando uma “estrutura de coexistência, baseada no reconhecimento mútuo de Estados independentes e associados com direitos iguais” (HURRELL, 1999, p. 58).

A década de 1990 também foi importante momento nas relações entre os países e em sua interlocução com organismos internacionais, em especial a Organização Mundial da Saúde (OMS)³. A tentativa de imposição de políticas e prioridades em saúde aos países passou a ceder lugar, de maneira crescente, ao maior diálogo e interdependência entre os atores, frente ao novo perfil epidemiológico mundial. Antigas doenças ainda eram causa de preocupação em alguns países, como malária, tuberculose, febre amarela e cólera, e outros problemas de saúde emergiram com maior intensidade e adquiriram caráter epidêmico, incluindo aids, violência, obesidade, álcool, doenças cardiovasculares. É nesse contexto que novos temas de saúde passaram a integrar a agenda global com maior destaque e intensidade.

Temas como bioterrorismo, pandemia de influenza, compartilhamento de vírus e diversidade biológica, por exemplo, refletem a preocupação crescente dos Estados com a fragilidade de suas fronteiras e a velocidade com que pode ocorrer uma contaminação global. Paralelamente, verifica-se a mobilização de Estados e outros atores internacio-

² De acordo com os autores, trata-se da percepção de que os presidentes deveriam ter uma atuação mais ativa nas relações exteriores.

³ A OMS é uma agência especializada das Nações Unidas criada, em 1948, com o objetivo de promover a aquisição, por todos os povos, do nível de saúde mais elevado possível. Em conformidade com a Constituição da OMS, a Organização atua como autoridade diretora e coordenadora dos trabalhos internacionais no domínio da saúde (OMS, 1948).

nais para vinculação entre situações críticas de saúde e a segurança internacional. Por essas razões, tem-se registrado novo arranjo internacional, no sentido de reforçar a vigilância epidemiológica. Troca de informações, produção de estudos, formação de redes de vigilância, criação de mecanismos de controle e segurança cada vez mais rigorosos e surgimento de novos foros internacionais, governamentais e não governamentais, para lidar com essa nova realidade são apenas alguns exemplos ilustrativos das respostas dadas à inquietação da chamada “globalização das doenças”. Em decorrência dessas transformações, novas prioridades globais de saúde têm sido estabelecidas não só por Estados, mas também por organismos internacionais e outros atores.

Nesse contexto, têm surgido discussões em torno do termo “saúde global”. Partindo do pressuposto de que o termo saúde global interferirá de maneira contundente no cenário internacional e poderá alterar as relações de poder entre nações, Theodore Brown, Marcos Cueto e Elizabeth Fee (2006) discutem os vocábulos saúde internacional e saúde global a partir da seguinte perspectiva:

Saúde “internacional” era um termo usado com considerável frequência já no final do século XIX e no início do século XX, e referia-se especialmente a um foco no controle de epidemias ultrapassando fronteiras entre nações, ou seja, “inter-nacionalmente”. [...] Saúde “global”, em geral, indica a consideração das necessidades de saúde da população de todo o planeta, acima dos interesses de nações em particular. O termo “global” também é associado à crescente importância de atores para além de agências e organizações governamentais e intergovernamentais [...].

Em face das transformações domésticas e internacionais que afetam a saúde de maneira transversal, a saúde passa a ser vista não mais como a mera ausência de doenças, mas como um conjunto de fatores sociais relacionados ao bem-estar físico, mental e social. A discrepância entre o padrão de desenvolvimento dos países, a proliferação de atores e a baixa institucionalização da resposta a desafios de saúde, o crescimento da incidência de doenças influenciadas pelas alterações nas condições climáticas e ambientais e a grande movimentação populacional no mundo globalizado são alguns dos fatores que têm acentuado a preocupação em relação à proliferação de doenças e o temor de uma pandemia. Esse panorama faz que os países busquem alternativas, principalmente no que diz respeito à arrecadação fiscal e à alocação de recursos, para a implementação de políticas sociais articuladas, desafio ainda maior nos países em desenvolvimento. Nesse sentido, o setor privado, por meio de fundações, e a sociedade civil organizada, por meio de organizações não governamentais (ONGs), vêm contribuindo significativamente com fundos internacionais e mecanismos multilaterais específicos para a área de saúde. Uma deficiência identificada nessa abordagem diz respeito à ausência de coordenação de iniciativas, o enfoque conjuntural pouco voltado

à construção de capacidades ou à estruturação institucional nesses países, com prejuízo para o fortalecimento das autoridades nacionais de saúde.

2 A atuação internacional do Ministério da Saúde

Para compreender a atuação internacional de um órgão ou instituição, faz-se necessário analisar as relações entre os múltiplos atores envolvidos, conhecer o modo como eles se organizam e, sobretudo, entender que os papéis desempenhados ao longo do tempo são mutáveis, a depender do contexto político-institucional em que estão inseridos.

O Ministério da Saúde, tal como atualmente conhecido, foi instituído no dia 25 de julho de 1953, com a Lei nº 1.920, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois: o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e Cultura (BRASIL, 1953). Apesar de o Ministério da Saúde ter sido criado apenas nos anos 1950, a temática de saúde no Brasil já era tratada em outros moldes, por meio de iniciativas como a colaboração entre o governo brasileiro e a Fundação Rockefeller, com foco no controle da febre amarela.

A colaboração com a Fundação Rockefeller foi uma parceria duradoura, perdurando entre os anos de 1923 a 1939, quando a Fundação passou os serviços de controle da febre amarela para o governo nacional. A publicação do Decreto-Lei nº 1.975, em 23 de janeiro de 1940, foi um marco nessa transição, uma vez que alterou o nome do Serviço de Febre Amarela, até então sob a responsabilidade da Fundação Rockefeller, para “Serviço Nacional de Febre Amarela” (SNFA), agora subordinado ao Ministério da Educação e Saúde (BRASIL, 1940).

Em 1977, a estrutura básica do Ministério da Saúde foi alterada por meio do Decreto nº 81.141 (BRASIL, 1977). O decreto criou a Coordenadoria de Assuntos Internacionais de Saúde (CAIS), órgão competente para tratar da cooperação técnica internacional. Cabia à CAIS promover, coordenar, acompanhar e avaliar a cooperação técnica, na área da saúde, com organismos internacionais, governos ou entidades estrangeiras. De acordo com seu Regimento Interno, a CAIS possuía a seguinte estrutura: Seção de Administração; Serviço de Cooperação com Organismos Internacionais; Serviço de Cooperação Bilateral; Serviço de Cooperação Institucional. Essa estrutura refletia a nítida preocupação apenas com a cooperação técnica e financeira na área de saúde. Ainda não integravam as competências exercidas pelo Ministério da Saúde, nesse momento, temáticas relacionadas à atuação multilateral e às negociações internacionais, que à época ficavam a cargo do Ministério das Relações Exteriores.

A partir da década de 1980, o cenário internacional passou por um período de importante transformação: o envolvimento do Banco Mundial com a temática de saú-

de, até então inédito, passou a enfraquecer a atuação da OMS. Enquanto, por um lado, a OMS passava por dificuldades estruturais e financeiras, por conta de sua burocracia, de sua especialização excessiva e da falta de mecanismos de avaliação e monitoramento, por outro, o Banco Mundial ganhava espaço, na medida em que dispunha de grande quantidade de recursos financeiros para investimento em projetos na área de saúde, especialmente em países em desenvolvimento.

Na conjuntura de crise econômica do início da década de 1990, o governo Fernando Collor de Mello (1990-1992) realizou uma série de reformas administrativas no governo federal, nas quais todas as unidades responsáveis por temas internacionais nos ministérios foram extintas, incluindo a CAIS no Ministério da Saúde. Apesar dessa reorganização institucional, projetos já iniciados ou que estavam por iniciar, solicitações internacionais de interesse do Ministério da Saúde e trâmites administrativos relacionados a temáticas internacionais continuaram a gerar demandas de trabalho nessa área. Fez-se necessário, nesse contexto, o estabelecimento de arranjos informais para dar seguimento ao fluxo de trabalho. Para isso, foi nomeado um assessor do ministro da Saúde que passou a ocupar-se de temas internacionais, dando-se seguimento ao trabalho que até então era desempenhado pela CAIS, embora sem a constituição de uma unidade formalmente responsável pelo tema na estrutura institucional do ministério. Essa situação perdurou até a criação da Coordenação-Geral de Assuntos Especiais de Saúde (CAESA), por meio da Portaria GM/MS nº 382, de 03 de maio de 1991.

A CAESA funcionou no âmbito do Gabinete do Ministro da Saúde até 1993, quando, mais uma vez, teve sua denominação e suas funções alteradas pela Portaria GM/MS nº 778, de 15 de julho de 1993, passando a chamar-se Assessoria de Assuntos Especiais de Saúde (AESA). Durante o período de um ano, entre setembro de 1993 e setembro de 1994, a AESA esteve vinculada à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, e não mais ao Gabinete do Ministro⁴.

Em 1998, o Ministério da Saúde passou por mais uma reestruturação institucional, no âmbito da qual foi criada a Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA), denominação mantida até os dias atuais⁵. Ao longo dos vinte anos de existência da Assessoria, diversas alterações do regimento interno do Ministério da Saúde foram realizadas. Contudo, a atuação multilateral da AISA não se refletia adequadamente em sua estrutura organizacional.

⁴ Não foi possível descrever as funções da CAESA e da AESA, tendo em vista que as portarias que as criaram já foram revogadas, e seus conteúdos não estão mais disponíveis.

⁵ A AISA foi criada por meio do Decreto nº 2.477, de 28 de janeiro de 1998, e desde então se encontra vinculada ao Gabinete do Ministro da Saúde. Não foi possível descrever suas funções primárias estabelecidas no momento de sua criação, pois a portaria que estabeleceu o regulamento interno do Ministério da Saúde foi revogada, e seu conteúdo não se encontra mais disponível.

No início dos anos 2000, intensificaram-se as discussões sobre saúde em âmbito multilateral. Essa mudança deveu-se, em parte, à aprovação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), no ano 2000⁶, o que impulsionou o diálogo entre governos e com uma diversidade de atores em busca de parcerias e novas formas de colaboração que permitissem apoiar a consecução das metas globais estabelecidas.

Apesar de a conjuntura internacional exigir uma resposta cada vez mais robusta dos países aos desafios globais, a AISA não possuía, em sua estrutura oficial, uma unidade especializada em temas multilaterais. Com o objetivo de adaptar a estrutura existente à nova realidade internacional, criou-se, de maneira informal, a Divisão de Temas Multilaterais (DTM) na AISA⁷.

A DTM, mesmo possuindo um caráter não oficial, foi concebida como uma divisão de cunho político, para desempenhar, fundamentalmente, as funções de negociação internacional relativas aos temas de saúde e aos temas correlatos. Ademais, havia a necessidade de adequar-se às novas demandas de atuação multilateral, principalmente na preparação da participação do Brasil na Assembleia Mundial da Saúde da OMS, o mais importante foro internacional de saúde.

Entre as mudanças estruturais de competências da AISA realizadas ao longo das últimas duas décadas, a mais importante ocorreu no ano de 2010, com a publicação da Portaria MS nº 3.965, de 14/12/2010 (BRASIL, 2010). Até então, o artigo 13 do regimento interno da AISA⁸ definia suas competências como: (i) promover, articular e orientar as negociações relacionadas à cooperação técnica, científica, tecnológica e financeira com outros países, organismos internacionais, mecanismos de integração regional e sub-regional nas áreas de competência do Ministério; (ii) articular a colaboração de peritos e de missões internacionais multilaterais e bilaterais, atendendo às diretrizes da Política Nacional de Saúde; e (iii) assessorar o Ministro de Estado, no país e no exterior, nos assuntos internacionais de interesse do Ministério (BRASIL, 2004).

Com a portaria de 2010 o escopo de atuação da AISA foi ampliado, como dispõe seu artigo 12:

- i. Assessorar o Ministro de Estado e demais autoridades do Ministério da Saúde, no país e no exterior, em assuntos internacionais de interesse do Ministério da Saúde;

⁶ Os ODM foram aprovados durante a reunião da Cúpula do Milênio, realizada em Nova Iorque, em 2000. Líderes de 191 nações oficializaram um pacto internacional para tornar o mundo mais solidário e mais justo até 2015. Foram delineados oito objetivos a serem alcançados por meio de ações de combate à pobreza e à fome, promoção da educação, da igualdade de gênero, de políticas de saúde, saneamento, habitação e meio ambiente. Dos oito objetivos acordados, três eram relacionados ao setor de saúde.

⁷ A complexidade burocrática envolvida em uma reestruturação formal que levasse à criação de unidades ou subunidades, em especial no que se refere à criação de cargos, constituíam as principais barreiras para que a DTM existisse apenas informalmente.

⁸ As competências mencionadas foram estabelecidas pela Portaria MS nº 2.123, de 07 de outubro de 2004.

- ii. Promover, articular, orientar e coordenar as ações internacionais de interesse do Ministério da Saúde relacionadas a negociações com outros países, organismos internacionais, mecanismos de integração regional e sub-regional e convenções internacionais;
- iii. Promover, articular e coordenar as ações internacionais de interesse do Ministério da Saúde relacionadas à cooperação técnica, educacional, científica e tecnológica, nas áreas de competência do Ministério da Saúde;
- iv. Atuar como interlocutor do Ministério da Saúde em todas as atividades referentes às relações internacionais, tanto no atendimento a demandas como na apresentação de propostas de seu interesse;
- v. Assessorar o Ministro de Estado, nos assuntos administrativos relacionados a missões no exterior, decorrentes de compromissos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

Apesar da reestruturação, a existência da DTM não foi formalizada. As atividades de caráter multilateral foram inseridas como uma das atribuições da Divisão de Análise Técnica (DATEC), uma das unidades da AISA, de maneira tímida, conforme o parágrafo 15(I) da portaria de 2010: “promover, orientar e acompanhar, em articulação com o Ministério das Relações Exteriores, negociações no Sistema das Nações Unidas e nos demais foros, incluindo os não exclusivos para a saúde” (BRASIL, 2010).

Assim como a DTM, a Coordenação Nacional da Saúde no Mercosul (Subgrupo de Trabalho nº 11 “Saúde”), outro importante foro multilateral de saúde, tampouco estava formalmente estabelecida na estrutura organizacional da AISA. Apenas no ano de 2007, por meio da Portaria nº 2.943, de 16/11/2007, a Coordenação Nacional da Saúde no Mercosul passou a integrar a estrutura da AISA, estando técnica e administrativamente subordinada à chefia da Assessoria.

Desde meados da década de 1990, a assessoria internacional do Ministério da Saúde foi conduzida, tradicionalmente, por diplomatas de carreira, denotando grande vínculo com o Ministério das Relações Exteriores (MRE)¹⁰. Esse vínculo, que não é exclusivo ao Ministério da Saúde e está presente em grande parte dos ministérios da Esplanada, constitui importante estratégia para a construção de uma linguagem comum entre o MRE, os demais ministérios e as missões diplomáticas do Brasil no exterior em suas interações com outros países e com organismos internacionais.

⁹ O SGT nº 11 “Saúde” foi criado por meio da Resolução GMC nº 151/96 (Mercado Comum do Sul, 1996), tendo como tarefa geral harmonizar as legislações dos Estados Partes referentes a bens, serviços, matérias-primas e produtos da área da saúde, os critérios para vigilância epidemiológica e controle sanitário com a finalidade de promover e proteger a saúde e a vida das pessoas e eliminar os obstáculos ao comércio regional, contribuindo, dessa maneira, ao processo de integração.

¹⁰ A primeira vez em que um diplomata foi indicado para assumir a chefia da assessoria internacional do Ministério da Saúde foi no ano de 1995. Desde então, a unidade responsável pelos temas internacionais no Ministério da Saúde tem sido chefiada por diplomatas, à exceção do período entre 2012 e 2016.

Apesar de ser imprescindível a atuação do MRE nas discussões de saúde global, não se pode deixar de mencionar que a existência de múltiplos atores, que passaram a atuar no cenário internacional nos mais variados níveis, em especial no setor de saúde, tem promovido um processo de “descentralização” da política externa, tornando-a mais democrática e dinâmica. Kickbusch et al. (apud KICKBUSCH; BERGER, 2010, p. 22) corroboram essa ideia, ao afirmar que:

O ministro da Saúde hoje tem uma responsabilidade dupla: promover a saúde do seu país e fomentar os interesses em saúde da comunidade global. Além disso, os diplomatas já não negociam apenas com outros diplomatas. Precisam também interagir com organizações não governamentais, com o setor privado, cientistas, advogados e com a mídia, posto que todos esses participantes estão agora grandemente envolvidos e implicados no processo de negociação.

A evolução do tratamento multilateral de temas de saúde ao longo das últimas duas décadas foi acompanhada, no plano doméstico, por demanda crescente de atuação e acompanhamento de uma pluralidade de foros, grupos técnicos e iniciativas internacionais de saúde pelo Brasil. A coordenação entre os diversos atores governamentais envolvidos na temática de saúde faz-se, portanto, indispensável para o adequado seguimento da agenda e para a necessária coordenação do posicionamento defendido pelo Brasil nesses espaços de atuação.

3 A AISA na atuação multilateral

A AISA, por sua natureza constitutiva, não é uma “unidade fim”. Trata-se de uma “unidade meio”, que desempenha atividades de apoio que contribuem para o andamento dos processos de trabalho e da rotina do Ministério da Saúde. É nesse sentido que a atuação multilateral desempenhada pela AISA tem duas vertentes: a interna e a externa. Entende-se como atuação interna o papel de coordenação com as diversas unidades e instituições envolvidas em temáticas com interface internacional, e a atuação externa como representação do Ministério da Saúde e do Brasil nos foros multilaterais de saúde. Analisam-se a seguir, a título de ilustração, os papéis desempenhados pela AISA no contexto de participação do Ministério da Saúde nos órgãos de governança da OMS e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), braço regional da OMS.

O primeiro ponto a ser destacado refere-se ao papel de coordenação. Cada órgão de governança multilateral tem sua pauta de discussão definida previamente, e sua agenda de trabalho indica os temas a serem abordados. Apesar de esses temas serem delimitados com base em critérios definidos pela Organização, o contexto internacional e o jogo de poder entre os atores que atuam no campo da saúde global são determinantes para a definição da pauta multilateral de saúde.

Tendo como base a agenda do evento do qual o Ministério da Saúde participará – como o Conselho Executivo da OMS, a Assembleia Mundial da Saúde ou o Conselho Diretor da OPAS, por exemplo –, a AISA inicia o processo de análise dos documentos de trabalho produzidos pela respectiva organização ou pelos Estados membros, observando aspectos como: linguagem adotada, consistência com as políticas e os programas nacionais, relevância do tema, relação com instrumentos internacionais existentes, pertinência política e interesses correlatos. Com base nessa análise, e levando em consideração o princípio da intersetorialidade, a AISA identifica a(s) área(s) do Ministério da Saúde que devem ser consultadas, iniciando diálogo direto, de modo a coletar informações especializadas para subsidiar o posicionamento brasileiro, como dados, contexto nacional, aplicabilidade da proposta, entre outros. Cabe à AISA avaliar as informações recebidas e acomodar as visões apresentadas em um documento único, que reflita o posicionamento do Brasil em relação àquela matéria.

Paralelamente ao trabalho de análise dos documentos que serão debatidos nos foros multilaterais de saúde, a AISA também realiza o trabalho de elaboração de discursos e intervenções a serem proferidos pelo ministro da Saúde ou por algum representante do Ministério da Saúde. No caso de participação de representante do MRE, a AISA também contribui com a preparação de elementos para subsidiar a elaboração de seus discursos e intervenções.

A falta de coordenação com a AISA para atuação internacional por unidades do Ministério da Saúde trouxe, nos anos iniciais de funcionamento da Assessoria, a necessidade de orientar os fluxos internos de trabalho e de informação. A Circular nº 025/GM, de 10 de outubro de 2003, expedida pelo então ministro da Saúde, Humberto Costa, dá a dimensão da importância da AISA no disciplinamento dos assuntos internacionais:

Tendo em vista a necessidade de disciplinar as relações internacionais do Ministério da Saúde, determino que todo e qualquer assunto de natureza internacional, regional ou sub-regional, que implique (...) interlocução com o Ministério das Relações Exteriores, Embaixadas, Consulados, escritórios de representação de países ou de organismos internacionais, regionais ou sub-regionais, seja tramitado pelo intermédio da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA). Solicito a estrita observância do que precede, bem como a divulgação do assunto no âmbito de atuação desse órgão (BRASIL, 2003).

A conscientização sobre a importância da atuação coordenada com a AISA é desafio ainda presente nos trabalhos do Ministério da Saúde. A aproximação construtiva com as áreas técnicas em temas internacionais tem sido uma estratégia adotada para que o Ministério da Saúde possa atuar de maneira clara e objetiva e, assim, garantir o desempenho de um bom trabalho.

No contexto das instâncias da OPAS e da OMS, que são os principais espaços de discussão multilateral em saúde, a AISA exerce papel de representação, na defesa dos interesses do Ministério da Saúde e do Brasil. Esses foros também constituem oportunidade para contatos bilaterais com os mais diferentes atores: países, fundações, representantes de organizações internacionais e entidades da sociedade civil. É papel da AISA, como órgão assessor do ministro, identificar possíveis interlocutores para troca de impressões e experiências, articulação para aprovação de documentos, proposição de acordos, projetos e parcerias de interesse mútuo, busca de apoio para a defesa de um tema de interesse nacional ou discussão de temas relativos à cooperação bilateral em saúde. A participação nos órgãos de governança da OPAS e da OMS também é compartilhada com o MRE, por meio das missões do Brasil em Washington e em Genebra, e em coordenação com a Divisão de Temas Sociais do MRE.

A AISA, como coordenadora das ações internacionais em saúde, tem, ainda, como função acompanhar o ministro da Saúde em seus compromissos internacionais e representar o Ministério da Saúde nas reuniões e foros internacionais com relevância política, além de acompanhar a participação de representantes do Ministério da Saúde em alguns foros internacionais, de cunho técnico, cujas deliberações têm potencial impacto para o posicionamento do Brasil em matérias de grande relevância para as políticas nacionais de saúde e para a política externa brasileira nessa matéria.

A crescente complexidade dos temas internacionais, a exigência de um nível de especialização cada vez maior para uma atuação internacional e a necessidade de adoção de ações multissetoriais têm ensejado debates sobre a chamada diplomacia da saúde global (DSG), que é considerada importante ferramenta para fortalecer a política externa de um país. De acordo com Martins et al. (2017, p. 235),

A DSG, adotada como ferramenta para fortalecer a política externa das nações, parte da premissa de que a saúde influencia a economia dos países e que a saúde global é parte do bem-estar e do desenvolvimento, em particular dos países menos desenvolvidos, além de colaborar para a liderança de países em organismos internacionais, gerando oportunidades comerciais e melhorando a relação de confiança entre as nações.

Por esse motivo, a efetiva participação do Brasil nos principais espaços de discussão dos temas de saúde global e o acompanhamento das pautas multilaterais nos âmbitos regional e global devem ser vistos como efetiva estratégia de inserção internacional do país e projeção dos interesses nacionais em matéria de saúde em nível global.

4 Considerações finais

Mais do que diferentes nomes, as mudanças institucionais da AISA e de suas antecessoras também guardam relação com a conjuntura política do país em cada época. A partir de tímida atividade de cooperação recebida, com pouco a propor, migrou-se até a situação atual, em que desponta como uma das maiores assessorias internacionais da Esplanada dos Ministérios.

Iniciativas emblemáticas, como a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, e o acesso universal ao tratamento antirretroviral, a partir de meados da década de 1990, colocaram o Brasil em posição de destaque no cenário internacional. Atualmente, o Brasil não mais se ocupa na posição de simples receptor de cooperação ou ajuda internacional. Verificou-se, conseqüentemente, mudança significativa em seu posicionamento perante a agenda internacional de saúde.

O tema da saúde possui, atualmente, dimensão muito mais ampla do que há duas décadas, quando a AISA foi criada. A globalização, o fortalecimento do multilateralismo em temáticas sociais e a crescente atuação de novos atores foram acompanhados pela expansão da agenda de saúde em discussões relacionadas a temas diversos, como comércio, meio ambiente, trabalho, educação, agricultura, segurança nacional, entre outros.

A AISA, como órgão de assessoramento direto do ministro da Saúde, cumpre funções relacionadas não apenas ao acompanhamento técnico de temas multilaterais, em coordenação com as demais áreas do Ministério da Saúde, mas também à dimensão política do fortalecimento da política externa brasileira no domínio da saúde. Faz-se necessário, portanto, continuar a promover a adequada coordenação institucional para aprimorar a atuação do Ministério da Saúde no contexto internacional. Fortalecem-se, dessa maneira, tanto a capacidade de atuação e ingerência do Brasil sobre temas de interesse do país nos foros multilaterais de saúde quanto o papel desempenhado pela saúde na elaboração da política externa nacional.

Levando em consideração a premissa de que o setor de saúde tende a ocupar, cada vez mais, lugar de destaque nas discussões internacionais e de que os temas tratados dentro da AISA possuem não apenas um caráter técnico, mas também uma dimensão política, é que se deve pensar em um planejamento organizacional coerente e em ações de longo prazo capazes de consolidar suas atividades e funções ao longo do tempo.

Referências

BRASIL. Lei nº. 1.920, de 25 de julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências.

Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jul. 1953. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L1920.htm>. Acesso em: 27 fev. 2018.

_____. Decreto-Lei nº. 1.975, de 23 de janeiro de 1940. Estabelece o regime administrativo do Serviço Nacional de Febre Amarela. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília,

DF, 25 jan. 1940. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decllei/1940-1949/decreto-lei-1975-23-janeiro-1940-411957-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 27 fev. 2018.

_____. Decreto nº. 81.141, de 30 de dezembro de 1977. Altera o Decreto nº 79.056, de 30 de dezembro de 1976, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 1977. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-81141-30-dezembro-1977-430453-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 27 fev. 2018.

_____. Decreto nº. 94.973, de 25 de setembro de 1987. Aprova o Estatuto da Fundação Alexandre de Gusmão (FUNAG), e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 set. 1987. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94973-25-setembro-1987-445492-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 27 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Circular nº 025/GM, de 10 de outubro de 2003**. [cópia do original].

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.123 de 7 de outubro de 2004**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2123_07_10_2004.html>. Acesso em: 27 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 3.965, de 14 de dezembro de 2010**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3965_14_12_2010.html>. Acesso em: 27 fev. 2018.

BROWN, Theodore M.; CUETTO, Marcos; FEE, Elizabeth. A transição de saúde pública ‘internacional’ para ‘global’ e a organização da saúde. **História Ciências Saúde**, Manguinhos, ano 13, n. 3, p. 623-647, jul./set. 2006.

CASON, Jeffrey; POWERS, Timothy J. Presidentialization, pluralization, and the rollback of Itamaraty: explaining change in Brazilian foreign policy decision-making from Cardoso to Lula. In: CONFERENCE REGIONAL POWERS IN ASIA, AFRICA, LATIN AMERICA, THE NEAR AND THE MIDDLE EAST, 2006. Hamburg. **Proceedings...** Hamburg: German Institute of Global and Area Studies, 2006.

HIRST, Mônica; LIMA, Maria Regina. Contexto internacional, democracia e política externa. **Política Externa**, ano 11, n. 2, p. 78-98, set./nov. 2002.

HURRELL, Andrew. Sociedade Internacional e Governança Global. **Revista de Cultura e Política Lua Nova**, São Paulo, n. 46, p. 55-75, 1999.

IZUEL, Esther Barbé. Multilateralismo: adaptación a un mundo con potencias emergentes. **Revista Española de Derecho Internacional**, Madrid, v. 62, n. 2, p. 21-50, jul./dez. 2010.

KICKBUSCH, I; BERGER, C. B. Diplomacia da saúde global. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 4, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://www.brapci.inf.br/v/a/18354>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

MARTINS, Pollyanna et al. Diplomacia da saúde global: proposta de modelo conceitual. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 229-239, mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000100229&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2018.

MELLO, Flávia de Campos. **O Brasil e o multilateralismo contemporâneo**. Rio de Janeiro: IPEA, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**, 1948. Disponível em: <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf>. Acesso em: 1 maio 2018.

A atuação internacional do Ministério da Saúde no tema de acesso a medicamentos

Roberta Vargas de Moraes¹

Resumo

O acesso a medicamentos é pilar fundamental do direito à saúde consagrado na Constituição Federal brasileira. Entretanto, inúmeros são os desafios enfrentados pelo país para garantir o acesso a medicamentos à população, tanto em decorrência de seus altos preços quanto devido à falta de interesse em pesquisa e desenvolvimento de medicamentos para certas doenças negligenciadas. Com vistas ao enfrentamento dos desafios existentes nesse contexto, ao longo dos últimos anos, o Ministério da Saúde, por meio da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde, tem atuado ativamente no cenário internacional.

O presente artigo busca destacar algumas iniciativas no âmbito do acesso a medicamentos que contaram com a participação do Brasil. Em nível multilateral, o país tem logrado, com sucesso, promover iniciativas para a discussão da temática, sempre reafirmando seu posicionamento em defesa da primazia do direito à saúde sobre interesses comerciais. Entre as ações desenvolvidas, confere-se destaque para a Estratégia Global e Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual (EGPA) e o *Consultative Expert Working Group on Research and Development* (CEWG). Em âmbito regional, destaca-se a realização da negociação conjunta de preços de medicamentos de alto custo nos Estados Partes e associados do Mercosul.

Palavras-chave: Saúde pública. Acesso a medicamentos. Propriedade intelectual. Pesquisa e desenvolvimento. OMS. OMC. Mercosul.

1 O direito fundamental do acesso a medicamentos e seus desafios

1.1 Acesso a medicamentos: pilar essencial do direito à saúde

O acesso a medicamentos e vacinas eficazes, seguros e de qualidade é pilar essencial do denominado “direito à saúde”, consagrado em diversos instrumentos internacionais, tais como a Constituição da Organização Mundial da Saúde (1946), a Declaração Universal de Direitos Humanos (1948) e o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966). Mais recentemente, uma das metas incluídas

¹ Graduada em Direito pelo Centro Universitário Ritter dos Reis, é mestre em Propriedade Intelectual e Gestão do Conhecimento pela Universidade de Maastricht e mestre em Direito Contratual e Comercial pela Universidade de Helsinque.

no arcabouço dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU) consiste em:

3.8. Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos (ONU, 2015).

No Brasil, desde a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, reconhece-se a saúde como direito de todos e dever do Estado, nos seguintes termos:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Nesse sentido, em 1990, houve a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), regido pelas leis nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a) e nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b), contemplando um sistema público de saúde alinhado aos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, em cujo escopo de atuação está a assistência terapêutica integral, incluindo a farmacêutica.

Consoante as diretrizes constitucionais, em 1998 foi aprovada a Política Nacional de Medicamentos (PNM) (BRASIL, 1998) para pautar as ações relacionadas à assistência farmacêutica, com o propósito de “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”. Além disso, em 2004, foi aprovada, pelo Conselho Nacional de Saúde, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004) que tem como um de seus eixos norteadores a garantia do acesso aos medicamentos essenciais.

No âmbito do SUS, para balizar o conceito do que são considerados medicamentos essenciais à população, cujo acesso é direito constitucional, bem como para orientar a oferta, a prescrição e a dispensação de medicamentos, existe a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) (BRASIL, 2017). A esse respeito, a existência de um conceito claro de “medicamentos essenciais”, baseado em critérios técnico-científicos quanto à segurança e à eficácia e no perfil epidemiológico da população, “promove a equidade e ajuda a definir prioridades para atenção” (OLIVEIRA, 2007, p.64).

Entretanto, um dos desafios à manutenção da política nacional para a assistência farmacêutica de acesso aos medicamentos essenciais é a falta de acesso a tais insumos, especialmente devido aos altos preços dos medicamentos e à falta de pesquisa e desenvolvimento de medicamentos para determinadas doenças.

1.2 Desafios: lacuna de acesso e lacuna de pesquisa

Mais que uma problemática nacional, a falta de acesso a medicamentos representa desafio à saúde em nível global. A esse respeito, estima-se que dois bilhões de pessoas ao redor do mundo não tenham acesso aos medicamentos de que necessitam (ACCESS TO MEDICINE FOUNDATION, 2018). Nesse sentido, a questão da falta de acesso pode ser analisada sob duas perspectivas: a lacuna de acesso e a lacuna de pesquisa.

1.2.1 Lacuna de acesso

A lacuna de acesso refere-se à problemática de medicamentos que estão disponíveis no mercado, mas são inacessíveis a uma parcela da população, principalmente em razão dos altos preços de venda desses produtos, em especial aqueles obtidos por meio de práticas inovadoras.

Essa situação, outrora restrita aos países em desenvolvimento e de menor desenvolvimento relativo, tem preocupado, também, os países desenvolvidos, principalmente, devido aos vultosos custos de manutenção de seus sistemas de saúde por força dos preços elevados de medicamentos e outros produtos médicos. Países membros da União Europeia, por exemplo, têm manifestado preocupação com a falta de acesso a medicamentos essenciais em função de “preços muito altos e em níveis insustentáveis” (UNIÃO EUROPEIA, 2016).

Esse desafio aumentou ainda mais desde o advento do Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (Acordo TRIPS) (OMC, 1994) como parte integrante do “Acordo Constitutivo da Organização Mundial do Comércio”, assinado em 1994.

A esse respeito, cabe breve explicação sobre a interface de propriedade intelectual e saúde pública. A partir do acordo TRIPS, os membros da Organização Mundial do Comércio (OMC) comprometeram-se a adequar suas legislações nacionais a novos patamares internacionais mínimos de proteção aos direitos de propriedade intelectual, por exemplo, com a concessão de proteção patentária a produtos farmacêuticos pelo período mínimo de vinte anos. Em contrapartida, de acordo com o artigo 7º do Acordo TRIPS, essa proteção deveria contribuir para a promoção da inovação tecnológica e a transferência e difusão de tecnologia, nos seguintes termos:

A proteção e a aplicação de normas de proteção dos direitos de propriedade intelectual devem contribuir para a promoção da inovação tecnológica e para a transferência e difusão de tecnologia, em benefício mútuo de produtores e usuários de conhecimento tecnológico e de uma forma conducente ao bem-estar social econômico e a um equilíbrio entre direitos e obrigações (OMC, 1994).

O TRIPS estabeleceu períodos de transição para a implementação em nível doméstico das disposições contidas no acordo, pelos quais concedeu diferentes prazos aos membros da OMC, de acordo com seu nível de desenvolvimento. Especificamente aos países em desenvolvimento em cujas legislações havia setores tecnológicos não passíveis de proteção patentária, foi concedido prazo até o ano de 2005.

Assim como observado em diversos outros países em desenvolvimento, a legislação brasileira concernente à propriedade intelectual vigente na época, a Lei nº 5.772/71 (BRASIL, 1971), não previa a concessão de patentes para produtos e processos farmacêuticos. Portanto, o Brasil poderia beneficiar-se do período de transição estabelecido pelo acordo TRIPS. A utilização desse período de transição permitiria que o país fortalecesse os laboratórios nacionais, de modo a tornar a indústria doméstica competitiva para enfrentar a concorrência com as empresas transnacionais do setor farmacêutico (CHAVES, 2008).

Entretanto, diferentemente de outros países em desenvolvimento, o Brasil não utilizou o período de transição concedido no acordo e, já em 1996, o Brasil aprovou uma nova Lei de Propriedade Industrial – Lei nº 9.279/96 (BRASIL, 1996), em que passou a reconhecer proteção patentária a produtos e processos farmacêuticos.

Tal renúncia à utilização do período de transição é duramente criticada por diversos autores, que apontam suas origens em pressões externas, em particular dos Estados Unidos da América (EUA), iniciadas em meados da década de 1980. Nessa época, o Brasil passou a sofrer ameaças de sanções comerciais dos EUA, sob as alegações de que o país seria não só grande violador de direitos de propriedade intelectual, mas também um dos únicos grandes mercados a não conceder patentes a medicamentos. Por meio dessas sanções comerciais, efetivamente impostas em 1988, os EUA visavam, especialmente, à reformulação da legislação brasileira de propriedade intelectual, a evitar o avanço da formulação de políticas públicas de fomento a setores estratégicos e a coibir o controle de preços de medicamentos exercido pelo Conselho Interministerial de Preços (RANZANI, 2006).

Além disso, a conjuntura política existente a partir das eleições presidenciais de 1989 apontava para uma alteração na política externa brasileira, que visava a maior aproximação aos EUA. Dessa forma, a reformulação da legislação brasileira de propriedade intelectual tão almejada pelos EUA passou a ser gestada no âmbito do Congresso Nacional, através do Projeto de Lei nº 824/91. No ínterim da tramitação do referido projeto de lei, chegavam à conclusão, em 1994, as negociações do Acordo TRIPS.

Nesse momento, as pressões norte-americanas sobre o Brasil continuaram, e, alinhado aos ideais do governo federal à época, já em dezembro de 1994, o Brasil internalizou o Acordo TRIPS ao ordenamento jurídico brasileiro. A partir daí, houve discussões e divergências de entendimento, inclusive em âmbito judicial, sobre se o Brasil teria renunciado ao período de transição concedido pelo TRIPS aos países em

desenvolvimento. Até mesmo o governo brasileiro adotou postura reticente a respeito. Por meio de nota diplomática à OMC, informou que o país não havia renunciado a seu status de país em desenvolvimento e que, para efeitos de propriedade intelectual, os acordos da OMC só entrariam em vigor na mesma época que nos demais países em desenvolvimento, isto é, no ano 2000. (CAPUCIO, 2015).

De qualquer forma, a despeito das discussões sobre o prazo concedido como período de transição para a adequação da legislação nacional aos novos patamares de proteção trazidos pelo Acordo TRIPS, em 14 de maio de 1996, o presidente da República sancionou a Lei nº 9.279/96 (BRASIL, 1996), regulando direitos e obrigações relativos à propriedade industrial, prevendo níveis de proteção ainda maiores que aqueles que haviam sido negociados no contexto do Acordo TRIPS.

Dessa forma, se o compromisso constitucional de garantir o acesso universal a medicamentos já representava enorme desafio ao país, a partir da incorporação precoce do novo regime de proteção patentária, sem os devidos investimento em capacitação e aumento da competitividade da indústria farmacêutica nacional, o cenário tornou-se ainda mais complexo.

Em termos práticos, ao detentor de uma patente é concedido um monopólio comercial para que, por determinado período de tempo, o inventor obtenha retorno financeiro do investimento em pesquisa e desenvolvimento de um produto. Portanto, a patente exclui potenciais competidores do mercado durante sua vigência e deixa seu detentor livre para praticar preços conforme sua conveniência. No caso do Brasil, que conta com um sistema público de saúde de acesso universal, a proteção patentária acarretou aumento de custos pela dependência da compra de insumos de laboratórios transnacionais detentores de patentes.

Por fim, cumpre destacar que a questão dos altos preços de venda dos medicamentos não se limita a dificultar o acesso em si, mas tem implicações para o acesso a medicamentos eficazes e de qualidade. Segundo relatório recente da OMS (OMS, 2017a), a lacuna de acesso a medicamentos em razão dos altos preços cria um vácuo frequentemente preenchido pela comercialização de produtos falsificados e abaixo do padrão, os quais representam enormes riscos à saúde.

1.2.2 Lacuna de pesquisa

A lacuna de pesquisa refere-se à falta de investimentos em pesquisa e desenvolvimento de medicamentos para o tratamento de certas doenças nas quais a indústria farmacêutica não vê uma promessa de mercado, seja porque elas afetam um grupo pequeno de pessoas, seja porque se tratam de enfermidades que atingem populações com menor poder aquisitivo, especialmente aquelas vivendo em países em desenvolvimento e de menor desenvolvimento relativo.

No jargão de saúde pública, essas doenças são conhecidas pela denominação “doenças negligenciadas” e “doenças mais negligenciadas”, divisão conceitual relativamente recente, cunhada pela organização não governamental Médicos Sem Fronteiras (MSF, 2001). As doenças negligenciadas são aquelas que afetam, principalmente, populações vivendo em países em desenvolvimento e de menor desenvolvimento relativo, tais como malária e tuberculose. As doenças mais negligenciadas afetam, exclusivamente, populações vivendo em países em desenvolvimento e de menor desenvolvimento relativo, tais como doença do sono (tripanosomíase africana), leishmaniose, esquistossomose e doença de Chagas. Conceito análogo foi criado no seio da OMS, sob a alcunha de doenças Tipo II e Tipo III (OMS, 2012b), correspondendo às negligenciadas e mais negligenciadas, respectivamente.

Em 1999, no contexto do Fórum Global para a Pesquisa em Saúde, surgiu a expressão “10/90 gap” (Global Forum for Health Research, 2000), significando que menos de 10% do investimento global em pesquisa em saúde são dedicados às enfermidades que representam 90% das doenças existentes em nível global.

Diante da existência dessa lacuna de pesquisa, são frequentes os questionamentos sobre a efetividade do sistema de patentes na promoção satisfatória da inovação aludida no Acordo TRIPS.

2 Enfrentamento dos desafios de acesso a medicamentos em âmbito multilateral

Nesse cenário, resta evidente que o enfrentamento dos desafios de acesso a medicamentos demanda esforços que, muitas vezes, transcendem a área da saúde e requerem forte atuação do país nas discussões em diversos foros no âmbito internacional.

Em nível nacional, “o Ministério da Saúde é o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, a prevenção e a assistência à saúde dos brasileiros” (BRASIL, 2018a). Portanto, uma vez que recai sobre si grande parte do desafio de assegurar o direito constitucional à saúde a todos – incluindo-se o acesso a medicamentos –, é seu dever engajar-se em discussões em nível internacional, posicionando-se de forma a garantir que os interesses do país na agenda de saúde pública sejam preservados.

Nesse contexto, dentro da estrutura institucional do Ministério da Saúde, a Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA) é área-meio à qual compete “elaborar as diretrizes, coordenar e implementar a política internacional do Ministério da Saúde, bem como preparar a posição brasileira sobre temas de saúde em âmbito internacional” (BRASIL, 2018b). Portanto, como regra, a participação do Ministério da Saúde nos diversos foros multilaterais passa pela coordenação e pelo acompanhamento da AISA.

2.1 Organização Mundial da Saúde

No âmbito da OMS, por exemplo, sempre devidamente munida de subsídios provenientes das áreas técnicas do Ministério da Saúde e em coordenação com a missão permanente do Brasil junto à Organização das Nações Unidas e demais organismos internacionais em Genebra (Delbrasgen), a AISA envia representantes às diversas reuniões realizadas no âmbito da OMS, entre as quais o Conselho Executivo (CE) da OMS e a Assembleia Mundial da Saúde (AMS).

Nas últimas décadas, tanto as AMS quanto as reuniões do CE têm sido tomadas por discussões sobre a problemática do acesso a medicamentos, das quais têm resultado diversas iniciativas. Entre essas, no presente artigo, optou-se por fazer um recorte sobre a atuação brasileira nas discussões sobre a *Global Strategy and Plan of Action on Public Health, Innovation and Intellectual Property* e sua participação no *Consultative Expert Working Group on Research and Development* (CEWG).

2.1.1 *Global Strategy and Plan of Action on Public Health, Innovation and Intellectual Property*

Denominado em português “Estratégia Global e Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual” (EGPA) (OMS, 2011), o instrumento foi adotado por meio da Resolução WHA61.21 (OMS, 2008), por ocasião da 61ª Assembleia Mundial da Saúde da OMS, tendo sido complementado no ano seguinte, com a Resolução WHA62.16 (OMS, 2009).

A iniciativa, resultante do firme engajamento de países em desenvolvimento, entre os quais o Brasil, surgiu no contexto de debate altamente polarizado que vinha sendo estabelecido no âmbito da OMS entre países desenvolvidos, defensores da primazia da propriedade intelectual, e países em desenvolvimento, defensores do acesso a medicamentos.

No que tange à atuação brasileira, recorda-se, brevemente, o protagonismo brasileiro na proposta de iniciativas que precederam a aprovação da EGPA. Em janeiro de 2003, o Brasil apresentou ao Conselho Executivo da OMS proposta de resolução que buscava obter maior envolvimento da Organização, tradicionalmente focada em temas estritamente sanitários, nas discussões concernentes ao impacto dos direitos de propriedade intelectual sobre a saúde pública. Essa proposta acabou por culminar na adoção da Resolução WHA56.27 (OMS, 2003), na 56ª Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2003, que foi a primeira resolução focada especificamente em “Direitos de Propriedade Intelectual, Inovação e Saúde Pública”. Pode-se considerar que, a partir desse ponto, a Organização converteu-se, oficialmente, em mais um foro de discussão

e análise da temática do impacto de propriedade intelectual sobre a saúde pública, sob um prisma diferente do praticado no âmbito da OMC até então.

A partir da WHA 56.27, criou-se a “Comissão sobre Direitos de Propriedade Intelectual, Inovação e Saúde Pública”, que, em 2006, apresentou relatório (OMS, 2006), concluindo que a exclusividade conferida pelos direitos de propriedade intelectual constitui incentivo à inovação, mas é ineficaz em promover o acesso a medicamentos a preços acessíveis, bem como em promover pesquisa e desenvolvimento (P&D) para medicamentos cujo público-alvo é pequeno. A Comissão apresentou, ainda, recomendações para a melhoria desse cenário. Diante dos resultados apresentados no referido relatório, em maio de 2006, por ocasião da 59ª Assembleia Mundial da Saúde, Brasil e Quênia apresentaram proposta que resultou na adoção da Resolução WHA59.24 (OMS, 2006) sobre “Saúde pública, inovação, pesquisa essencial em saúde e direitos de propriedade intelectual: em direção a uma estratégia global e plano de ação”, solicitando, entre outras ações, o estabelecimento de Grupo de Trabalho Intergovernamental sobre o tema, o qual seria responsável por minutar documento que veio a tornar-se a EGPA.

A EGPA é produto de uma construção de posicionamento sobre a temática de acesso a medicamentos que contou, desde anos anteriores à sua concepção, passando pelo processo de negociação do instrumento até o momento de sua aprovação, com ativo protagonismo do Brasil. Trata-se de instrumento que surgiu como resposta aos impactos oriundos da crescente interface entre a proteção aos direitos de propriedade intelectual – em especial, as patentes – e a saúde pública, propondo que a OMS, dentro dos limites de seu mandato de autoridade global coordenadora das questões relacionadas à saúde, desempenhe um papel central e estratégico na relação entre saúde pública, inovação e propriedade intelectual.

A EGPA tem por objetivo precípua promover inovação em saúde e acesso a medicamentos em países em desenvolvimento, por meio do estabelecimento de plano de ação detalhado, com vistas a enfrentar os desafios impostos pela prevalência de doenças que afetam esses países de forma desproporcional. Para tanto, dividiu-se a Estratégia em oito elementos: (I) priorizar as necessidades de pesquisa e desenvolvimento; (II) promover a pesquisa e desenvolvimento; (III) construir e melhorar a capacidade de inovação; (IV) transferência de tecnologia; (V) aplicação e gestão da propriedade intelectual para contribuir para a inovação e promover a saúde pública; (VI) melhorar a distribuição e o acesso; (VII) promover mecanismos de financiamento sustentáveis; (VIII) estabelecer e criar sistemas de monitoramento e avaliação.

No Plano de Ação, foram identificadas e apontadas, detalhadamente, as partes interessadas responsáveis pela execução de cada uma das ações específicas. Entre elas, a OMS, outras organizações internacionais (e.g. Organização Internacional do Trabalho,

Organização Mundial da Propriedade Intelectual e OMC), governos e organizações não governamentais.

Inicialmente, foi estabelecido um prazo de implementação do instrumento até 2015. Entretanto, em 2015, a 68ª Assembleia Mundial da Saúde adotou a Resolução WHA68.18 (OMS, 2015a), que decidiu pela: (1) extensão do prazo para a implementação da EGPA de 2015 para 2022; (2) extensão do prazo para apresentação da revisão geral da EGPA para 2018, por ocasião da 71ª Assembleia Mundial da Saúde; (3) realização de uma avaliação detalhada (*Comprehensive Evaluation*) e, separadamente, uma revisão geral da EGPA (*Overall Programme Review*), de forma escalonada, conforme estabelecido no Documento A68/35 (OMS, 2015b).

Quanto à adoção da referida resolução, Estados membros da OMS e organizações da sociedade civil proferiram diversas intervenções (CASSEY, 2015) (ICTSD, 2015) (MSF, 2015). O Brasil, por exemplo, reiterou a importância da EGPA, à qual denominou como uma política de “validade ilimitada”, mas destacou a necessidade do estabelecimento de um prazo de implementação e afirmou que a extensão até 2022 seria importante. Alguns países africanos mencionaram o atual uso limitado das flexibilidades do Acordo TRIPS e sugeriram a intensificação da cooperação técnica. Organizações não governamentais como *Medicus Mundi* e *Third World Network* elogiaram o pioneirismo da EGPA, mas criticaram o ritmo lento de sua implementação. A organização Médicos Sem Fronteiras expressou apoio à extensão de prazo para 2022 e destacou o importante papel que a EGPA pode desempenhar na garantia de acesso à inovação em saúde, contanto que implementada integralmente e de forma apropriada.

Iniciando-se o processo de revisão, a *Comprehensive Evaluation* (OMS, 2017b) foi conduzida por um avaliador independente e externo à OMS (a empresa canadense *Capra International*) e acompanhada por um grupo *ad hoc* selecionado para auxiliar no processo, composto por seis peritos independentes e externos à OMS e dois peritos do *United Nations Evaluation Group*.

Em janeiro de 2016, o 138º Conselho Executivo da OMS discutiu o documento (OMS, 2016), no qual o Secretariado da OMS compilou as primeiras considerações exaradas pelos responsáveis pela avaliação da EGPA, contendo questões metodológicas a serem adotadas no contexto do processo de avaliação da implementação da EGPA, entre as quais a disponibilização de questionário online e a realização de estudos de caso em diferentes países. O referido questionário foi disponibilizado, em 2016, de forma online às partes interessadas mencionadas na EGPA, tais quais Estados membros da OMS, sociedade civil, fundações beneficentes, instituições nacionais e internacionais de pesquisa, academia, entre outros.

A AISA enviou respostas ao questionário e, além disso, recebeu consultor designado pela OMS em missão para realizar estudo de caso no Brasil, assim como ocorreu em outros 14 países. Para a realização do estudo de caso, foram disponibilizados documen-

tos e organizadas reuniões com partes interessadas na EGPA, de acordo com os critérios da estratégia. Participaram representantes do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), da Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma), da Iniciativa Medicamentos para Doenças Negligenciadas (DNDi), da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids e da organização Médicos Sem Fronteiras.

Uma vez concluída a avaliação, ela foi apresentada, em 2017, ao 140º Conselho Executivo da OMS. O Brasil elogiou vários aspectos do documento, em especial por relatar a falta de mecanismo sustentável e de coordenação de pesquisa e desenvolvimento de medicamentos para enfermidades que afetam principalmente os países em desenvolvimento.

Em maio de 2017, a *Comprehensive Evaluation* foi apresentada à 70ª Assembleia Mundial da Saúde. Na ocasião, o Brasil expressou críticas quanto à generalidade das informações e à falta de dados qualitativos e manifestou-se no sentido de que o relatório de consultoria externa apresentava conclusões que poderiam ser interpretadas como se a utilidade da EGPA se houvesse esgotado, o que não estaria de acordo com os interesses brasileiros no tema. Por fim, o Brasil apontou que o referido relatório havia desconsiderado documentos importantes, a exemplo do relatório do “Painel de Alto Nível do Secretário-Geral da ONU sobre Acesso a Medicamentos” (ONU, 2016).

Organizações não governamentais como *Knowledge Ecology International* (KEI) e Médicos Sem Fronteiras (MSF), ambas reconhecidas internacionalmente no âmbito do movimento por acesso a medicamentos, também apresentaram críticas (SAEZ, 2017) aos resultados da avaliação. A KEI observou que o relatório não mencionou o conceito de *delinkage* entre o custo de P&D e o preço de medicamentos. A MSF criticou pontos no relatório que poderiam ser considerados, “no melhor dos casos, vagos e, no pior dos casos, deliberadamente obscuros”. A *People’s Health Movement* destacou a ausência de menção à ameaça de acordos bilaterais/regionais ao uso das flexibilidades do Acordo TRIPS, bem como afirmou que os resultados da avaliação não apresentaram quaisquer *insights* novos ou úteis, trazendo à discussão somente questões que já têm sido reafirmadas reiteradamente como óbices à implementação da EGPA, tais como a falta de promoção do instrumento por parte do Secretariado da OMS e o subfinanciamento às atividades relacionadas à sua implementação (GENEVA GLOBAL HEALTH HUB, 2017).

A *Overall Programme Review* não tinha como objetivo precípua ser um exercício de avaliação, mas uma revisão geral de cunho político, em que um painel de 18 peritos seria capaz de – após considerar os resultados da *Comprehensive Evaluation*, juntamente com outros aspectos técnicos/gerenciais pertinentes – apontar o que necessitaria ser melhorado e modificado nas próximas fases da EGPA.

Quanto ao referido Painel de Peritos, a WHA68.18 (OMS, 2015a) requereu seu estabelecimento para a condução da revisão geral do mecanismo, convidando os Estados membros a nomear peritos. O Brasil nomeou – quem, posteriormente, veio a ser efetivamente escolhida pela OMS – Claudia Inês Chamas, pesquisadora da Fiocruz e ativamente envolvida em questões de propriedade intelectual e acesso a medicamentos nacional e internacionalmente.

Ao longo do ano de 2017, o Painel de Peritos realizou diversas reuniões e sessões informativas em Genebra. Além disso, em junho de 2017, disponibilizou questionário online para que as partes interessadas pudessem oferecer contribuições à revisão, o qual foi respondido pelo Ministério da Saúde, em coordenação entre a AISA e a área técnica pertinente.

Em 2018, o relatório da *Overall Programme Review* (OMS, 2018a) foi apresentado ao 142º Conselho Executivo da OMS, recomendando a manutenção da estratégia, com um plano de ação mais enxuto, tendo em vista que uma das grandes críticas à EGPA era em relação à grande abrangência e “ambição” do plano original. Houve intensa discussão sobre a implementação das recomendações que o Painel de Peritos apontou como prioritárias. Ademais, restou evidente, mais uma vez, a polarização entre países em desenvolvimento e países desenvolvidos. Especialmente no que tange às recomendações relativas à transparência na formação de preços de produtos farmacêuticos, bem como à desvinculação entre custos de P&D e preço de medicamentos, houve especial resistência por parte dos EUA, do Reino Unido e da Suíça.

Ao final, o Conselho Executivo adotou decisão no sentido de distinguir, entre as 33 recomendações dos especialistas, aquelas que seriam dirigidas ao Secretariado da OMS e aquelas que dependeriam de ação dos Estados membros. Quanto à primeira categoria, decidiu-se que o diretor-geral da OMS deverá implementá-las de modo consistente com a EGPA, e, em relação à segunda, os Estados membros deverão implementá-las de acordo com os contextos nacionais. Fez-se ressalva a três recomendações em relação às quais haveria a necessidade de discussões adicionais referentes à transparência, à destinação de 0,01% do PIB para P&D em matéria de saúde de interesse de países em desenvolvimento e ao desabastecimento de medicamentos e vacinas. De acordo com parecer do Secretariado, estas últimas recomendações inovam em relação à EGPA aprovada pelos Estados membros em 2008 e, portanto, deveriam ter tratamento diverso daquele a ser aplicado às outras trinta.

Em 2018, a referida decisão do Conselho foi apresentada (OMS, 2018b) à 71ª Assembleia Mundial da Saúde, juntamente com o relatório consolidado do exercício de revisão da EGPA, e ratificada (OMS, 2018c) pelos Estados membros da OMS, de maneira alinhada à decisão do Conselho Executivo da OMS. Além disso, estabeleceu-se prazo para que o diretor-geral da OMS apresente à 73ª Assembleia Mundial da Saúde, em 2020, relatório de progresso quanto à implementação da decisão ora adotada.

2.1.2 *Consultative Expert Working Group on Research and Development (CEWG)*

Em atenção às ações propostas no contexto da EGPA aprovada em 2008, em particular quanto ao elemento VII – “Promover mecanismos de financiamento sustentáveis” –, criou-se o Grupo de Trabalho sobre Pesquisa e Desenvolvimento: Coordenação e Financiamento (EWG). O grupo surgiu como resposta às preocupações sobre a insuficiência de recursos sendo alocados em nível mundial para P&D de medicamentos para tratar doenças negligenciadas. Destarte, seu mandato consistia em examinar os investimentos em P&D, bem como em analisar propostas para novos e inovadores meios de financiamento para estimular P&D relacionados às doenças Tipo II e Tipo III, bem como às necessidades específicas de P&D para doenças Tipo I² afetando países em desenvolvimento (OMS, 2012b). Em 2010, o EWG apresentou o relatório final à 63ª Assembleia Mundial da Saúde, o qual foi considerado pelos Estados membros da OMS um documento deficiente em diversos aspectos.

Nesse diapasão, foi adotada a Resolução WHA63.28 (OMS, 2010), estabelecendo o CEWG – cujo mandato seria prosseguir e aprofundar a análise realizada pelo EWG –, com o objetivo de promover novo pensamento sobre inovação e acesso a medicamentos, diferentemente da lógica tradicional de P&D, baseada em interesses puramente comerciais, concedendo relevância à problemática da lacuna de pesquisa de medicamentos para doenças negligenciadas. Já de início, o grupo lançou chamada para o envio de propostas de P&D alinhadas aos objetivos do CEWG. Quanto aos componentes do grupo de peritos do CEWG, em abril de 2011, John-Arne Røttingen, da Noruega, foi eleito presidente, e a brasileira Claudia Inês Chamas, da Fiocruz, vice-presidente.

Por ocasião da 65ª AMS, em maio de 2012, foi apresentado o relatório final do CEWG (OMS, 2012a), o qual foi aprovado após intensos debates. O documento apresentou a análise do grupo sobre propostas de mecanismos novos, inovadores e sustentáveis de financiamento de P&D para as necessidades em saúde específicas de países em desenvolvimento. Além disso, foram elencadas recomendações do grupo, entre as quais se destacam: *open knowledge innovation* (mecanismos de pesquisa e inovação que gerem conhecimento de uso gratuito); *patent pools*; mecanismos de financiamento alternativos; *delinkage* entre os custos de P&D e preços finais dos produtos; *pooled funding*; e licenciamento aberto.

A partir daí, iniciaram-se discussões acerca das recomendações exaradas pelo CEWG e sobre as demais propostas de coordenação e financiamento sustentável de P&D para as necessidades de saúde de países em desenvolvimento. Foram realizados

² Tipo I: incidência em países ricos e pobres, com grande número de populações vulneráveis em ambos.

Tipo II: incidência em países ricos e pobres, mas com uma proporção significativa de casos em países pobres.

Tipo III: incidência massiva ou exclusiva em países em desenvolvimento.

diversos encontros regionais e multilaterais com o objetivo de promover a discussão em torno das propostas sugeridas pelos peritos.

Em maio de 2013, no âmbito da 66ª Assembleia Mundial da Saúde, foi aprovada nova resolução (OMS, 2013), endossando a implementação de projetos de P&D em saúde alinhados à EGPA e às recomendações apresentadas pelo CEWG.

Em seguimento ao processo de implementação das recomendações, diversas discussões passaram a ocorrer no seio da OMS, e ações concretas tiveram início, entre as quais se destacam as chamadas periódicas para seleção e financiamento de projetos de demonstração com base nos princípios de sustentabilidade de financiamento e *delinkage* recomendados pelo grupo.

Em novembro de 2014, o projeto de demonstração brasileiro de vacina contra esquistossomose – doença parasitária diretamente relacionada à precariedade de saneamento que infecta cerca de 200 milhões de pessoas no mundo e que, no Brasil, está presente em 19 estados, especialmente nos da Região Nordeste, em Minas Gerais e no Espírito Santo (FIOCRUZ, 2016) –, intitulado *Development of a Vaccine against Schistosomiasis based on the recombinant Sm14, a member of the fatty acid binding protein: controlling transmission of a disease of poverty*, elaborado pela Fiocruz, foi selecionado e validado por um grupo de especialistas. O projeto alcançou nota máxima, sendo um dos mais bem avaliados pela OMS.

Em janeiro de 2015, durante o 136º Conselho Executivo da OMS, o projeto brasileiro foi apresentado como revisado e considerado para seguimento. Na mesma ocasião, além das delegações suíça e norueguesa, o Ministério da Saúde do Brasil anunciou o aporte de US\$ 1 milhão para o fundo conjunto de implementação dos projetos de demonstração, que será gerido pelo Programa Especial de Pesquisa e Ensino sobre Doenças Tropicais (TDR). O TDR é um programa mundial independente de colaboração científica, estabelecido em 1975 e copatrocinado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), pelo Banco Mundial e pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O TDR tem por finalidade ajudar a coordenar, apoiar e influenciar nos esforços globais de combate a um conjunto de doenças graves que afetam as populações pobres e desfavorecidas.

Em 2016, US\$ 400 mil foram liberados pelo CEWG para a produção da vacina, recurso que possibilitou a realização de testes clínicos referentes à fase II (em seres humanos), em zona endêmica no Senegal. No presente momento, a Fiocruz aguarda nova liberação de recursos para a realização de nova fase de testes clínicos em crianças em idade escolar no Senegal e em área endêmica em Sergipe.

Entretanto, o CEWG padece de subfinanciamento crônico, o que representa obstáculo à continuidade do projeto. Em 2018, a OMS informou que, apesar de reconhecer a relevância do projeto – o qual permanecerá no rol de projetos de demonstração do CEWG –, não poderá continuar a prover recursos para apoiar o projeto.

2.2 Organização Mundial do Comércio

No âmbito da OMC, desde que a temática do acesso a medicamentos passou a ser, também, suscitada nos foros de discussão da agenda comercial, a participação do Brasil tem sido ativa, de forma tanto defensiva quanto ofensiva.

Em janeiro de 2001, o Brasil foi instado a posicionar-se, após os EUA solicitarem o estabelecimento de painel junto ao Órgão de Solução de Controvérsias da OMC (OMC, 2001), alegando que o artigo 68 da lei brasileira de propriedade intelectual, que trata do licenciamento compulsório de patentes, estaria em desacordo com o Acordo TRIPS. Na época, o ministro da Saúde do Brasil manifestou-se nos seguintes termos:

O prosseguimento do painel traria prejuízo para os dois países. Ao Brasil, porque ameaçaria a política de produção de medicamentos genéricos de aids e outros produtos. E aos EUA porque, evidentemente, a opinião pública mundial está do nosso lado (BRASIL, 2001a).

Além disso, em seu discurso (BRASIL, 2001b) proferido na 54^a Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2001, o ministro da Saúde do Brasil defendeu o respeito da legislação e das políticas públicas brasileiras aos patamares acordados internacionalmente. Enfatizou que o bem-sucedido programa brasileiro de combate à aids somente se tornou possível como resultado de políticas implementadas com o “devido respeito aos compromissos internacionais assumidos pelo Brasil junto à Organização Mundial da Saúde”. Além disso, defendeu a política de produção nacional de medicamentos genéricos como medida eficaz para a redução dos preços de medicamentos e reiterou o posicionamento brasileiro da primazia do direito à saúde sobre interesses comerciais, nos seguintes termos:

[...] o Brasil não pode colocar a saúde de sua população em risco, por meio da renúncia de salvaguardas determinadas em legislação nacional e internacional, já que essas salvaguardas são as últimas barreiras à transformação da propriedade intelectual em um direito absoluto e incondicional, sujeito a instrumentos de abuso monopolístico. (tradução livre) (BRASIL, 2001b).

Aproveitou a ocasião, ainda, para reunir-se com o secretário de Saúde dos EUA e discutir a celeuma entre os dois países no âmbito da OMC. Durante o encontro, o ministro da Saúde do Brasil mencionou aspectos da luta do Brasil contra a política de preços da indústria farmacêutica e aproveitou a oportunidade para sugerir a retirada do painel aberto pelos EUA contra o Brasil na OMC. Após alguns meses de negociações entre Brasil e EUA, o governo norte-americano decidiu, em junho de 2001, retirar a reclamação que havia protocolado contra o Brasil junto à OMC.

Além da necessidade de adotar posicionamento defensivo, o Brasil passou a pleitear, em constante coordenação com outros países em desenvolvimento, interesses ofensivos junto à OMC, em particular no sentido de reafirmar a importância do uso pleno das flexibilidades contidas no Acordo TRIPS, bem como da necessidade de equilíbrio entre os direitos de propriedade intelectual e os interesses de saúde pública, tais como a garantia do acesso a medicamentos.

Naquele mesmo ano, por ocasião da IV Reunião Ministerial da OMC, em Doha, o grupo dos países africanos, com o apoio de países como o Brasil, apresentaram proposta de declaração sobre o Acordo TRIPS e Saúde Pública. Tal proposta foi aprovada e passou a ser conhecida como Declaração Ministerial de Doha sobre TRIPS e Saúde Pública (OMC, 2001b), adotada em 14 de novembro de 2001. A Declaração de Doha reafirmou os compromissos assumidos através do Acordo TRIPS, mas reconheceu as preocupações acerca dos efeitos da proteção à propriedade intelectual sobre os preços de medicamentos, bem como reiterou o direito ao uso das flexibilidades contidas no Acordo TRIPS com a finalidade de proteger a saúde pública, nos seguintes termos:

Nós concordamos que o Acordo TRIPS não impede e não deveria impedir seus membros de adotar medidas para proteger a saúde pública. Em consequência, enquanto reiteramos nosso compromisso com o Acordo TRIPS, nós afirmamos que o acordo pode e deve ser interpretado e implementado de modo a apoiar o direito dos membros da OMC de proteger a saúde pública e, em particular, de promover o acesso aos medicamentos para todos. Assim sendo, nós reafirmamos o direito dos membros da OMC de utilizar, em toda sua extensão, as disposições do acordo TRIPS que fornecem a flexibilidade necessária a esse propósito. (tradução livre) (OMC, 2001b).

Entre as referidas flexibilidades, destacam-se: licença compulsória (artigo 31 do TRIPS), importação paralela (artigo 6 do TRIPS), uso experimental (artigo 30 do TRIPS), exceção “Bolar” para fins de pesquisa científica (artigo 30 do TRIPS) e atuação do setor de saúde nos processos de pedidos de patentes farmacêuticas (artigo 8 do TRIPS). A esse respeito, cumpre destacar que, alguns anos mais tarde, ante a impossibilidade de arcar com os altos custos da aquisição do medicamento efavirenz, para tratamento antirretroviral de HIV, o Brasil declarou, em 2007, a licença compulsória da patente desse medicamento.

3 Iniciativas de enfrentamento dos desafios de acesso a medicamentos em âmbito regional

Além das ações de enfrentamento dos desafios de acesso a medicamentos em âmbito multilateral, há outras estratégias que podem ser adotadas com vistas a assegurar que os países possam prover aos seus cidadãos o devido acesso a medicamentos.

Tais estratégias podem ser adotadas em nível regional – como, por exemplo, a iniciativa de negociação conjunta de preços de medicamentos de alto custo nos Estados Partes e associados do Mercosul. Trata-se de prática endossada e encorajada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em particular a partir da Resolução CD55.R12 (OPAS, 2016), adotada no 55º Conselho Diretivo da OPAS. A iniciativa consiste na negociação de maior volume de compra de medicamentos, somando-se as demandas de diversos países da região, para, conseqüentemente, obter redução de preço. Cumpre destacar que, em nível nacional, o Ministério da Saúde do Brasil faz uso do poder de compra governamental para, por meio de compra centralizada de determinados medicamentos em grandes quantidades, obter preços menores e, assim, garantir o suprimento da demanda nacional pelos estados e municípios no SUS.

A ideia de negociação regional conjunta surgiu em 2015, quando representantes dos Ministérios da Saúde da região da América do Sul verificaram grande disparidade entre os preços de medicamentos ofertados pelas indústrias farmacêuticas a cada país da região. Nesse cenário, verificou-se que países que adquiriam volumes menores de medicamentos obtinham preços menos acessíveis que aqueles que adquiriam volumes maiores.

Desse modo, em um contexto de alinhamento do posicionamento dos países da América do Sul no sentido de considerar o acesso a medicamentos e os interesses de saúde pública como prioridade – o que foi declarado oficialmente por ocasião da 37ª Reunião dos Ministros da Saúde do Mercosul e Estados Associados, em 11 de junho de 2015 –, o Ministério da Saúde do Brasil, por meio de articulação entre a AISA e as áreas técnicas pertinentes, exerceu a coordenação da iniciativa de “negociação conjunta”, no âmbito do Comitê *Ad Hoc* de Negociação de Preços de Medicamentos de Alto Custo nos Estados Partes e Associados do Mercosul, em parceria com o Fundo Estratégico da OPAS, com vistas à compra de medicamentos de interesse dos países da região com preços mais acessíveis. Convencionou-se chamar de “negociação conjunta” em vez de “compra conjunta”, pois somente o preço seria acordado conjuntamente, ao passo que a aquisição dos medicamentos seria feita, posteriormente, de forma individual pelo país junto à OPAS.

Em novembro de 2015, iniciou-se a rodada de negociação referente ao medicamento para HIV/aids darunavir e aos medicamentos sofosbuvir, daclatasvir e simeprevir, para o tratamento da hepatite C.

Ao final da rodada, quanto ao medicamento darunavir, empresa farmacêutica indiana ofereceu comercializá-lo no valor de US\$ 1,18 por comprimido. Vale ressaltar que, para o Brasil, que já registrava um dos menores preços do bloco, no valor de US\$ 2,98 por unidade, a redução atingiu uma economia de aproximadamente 50%, ou seja, de US\$ 14,2 milhões. A título de comparação, destaque-se que, à época, o Uruguai pagava US\$ 6,85 por comprimido, e o Chile pagava US\$ 7,36 por comprimido. Além disso, houve um efeito *spill-over* como fruto dessa negociação, tendo em vista que o preço obtido se tornou o mais baixo no mundo e virou referência para as aquisições feitas pelo Fundo Global de Luta Contra Aids, Malária e Tuberculose. Entretanto, ainda em relação ao darunavir, faz-se necessário reconhecer que, apesar da relevante conquista de redução de preço, o Brasil precisou fazer uma aquisição emergencial de seu fornecedor anterior, a valores mais altos, devido a atrasos procedimentais na conclusão da compra.

Em relação ao sofosbuvir, a negociação conjunta resultou em compromisso, pela indústria que comercializa o medicamento, de garantia do preço praticado pelo Brasil aos demais países do Mercosul, no valor de US\$ 93,90 por comprimido. Para o Chile, por exemplo, o resultado da negociação representou enorme economia, tendo em vista que o valor do tratamento reduziu de US\$ 20 mil para US\$ 7 mil.

Quanto aos medicamentos daclastavir e simeprevir, o preço obtido na negociação foi acima do preço praticado ao Brasil, e, portanto, a negociação foi suspensa. De qualquer forma, cumpre destacar que, mesmo assim, o preço obtido com os referidos medicamentos ainda foi mais baixo que o ofertado nacionalmente para alguns países da região, como o Uruguai, e, conseqüentemente, representaria economia para eles.

Apesar dos inegáveis resultados positivos, cumpre destacar que a utilização desse mecanismo pode se revelar relativamente complexa e demanda conhecimento e planejamento técnicos. Além da pressão exercida pela indústria farmacêutica em oposição ao mecanismo, eventuais barreiras logísticas, jurídicas e regulatórias inerentes ao processo dificultam a execução da negociação conjunta. Além disso, para que a negociação seja benéfica a todos os países participantes, há que se avaliar estrategicamente a lista de medicamentos de interesse para a negociação.

Nesse contexto, restam algumas lições aprendidas a partir da primeira rodada de negociação conjunta. A título exemplificativo, cite-se que, diante da ocorrência de atrasos na entrega de medicamentos adquiridos na última rodada, houve o risco de desabastecimento nacional, o que gerou gastos adicionais para o Ministério da Saúde em razão da necessidade de compra emergencial. Desta forma, faz-se de suma importância a observância do alinhamento dos prazos para as negociações com as demandas nacionais.

Por fim, pode-se observar que os países da região avaliaram a experiência como exitosa, e há grande expectativa em relação à realização de novas rodadas de nego-

ciação conjunta de medicamentos de alto custo no âmbito do bloco sul-americano. A possibilidade de retomada da estratégia tem sido tema recorrente nos encontros de Ministros de Saúde do Mercosul, e tem-se aventado a possibilidade de que rodadas futuras visem à negociação conjunta de medicamentos oncológicos.

4 Considerações finais

A atuação internacional em saúde do Brasil no tema de acesso a medicamentos tem sido marcante ao longo dos últimos anos. Alinhado a outros países em desenvolvimento, o país tem atuado com protagonismo e, acima de tudo, com coerência na manifestação de seu posicionamento quanto à temática do acesso a medicamentos nos diversos foros internacionais de que participa.

A firme posição brasileira na defesa do acesso a medicamentos não deve ser encarada com surpresa. Na verdade, está em plena consonância com o disposto na Carta Magna, que reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, incluindo-se, nesse contexto, a garantia de acesso a medicamentos.

A esse respeito, cumpre destacar que, apesar das eventuais falhas e dificuldades enfrentadas pelo Brasil na manutenção do Sistema Único de Saúde, a realidade é que cerca de 70% da população brasileira – aproximadamente 150 milhões de pessoas – depende, exclusivamente, do SUS para ter acesso aos serviços de saúde e, consequentemente, aos medicamentos necessários ao tratamento de suas enfermidades. Destarte, com vistas à perpetuação sustentável do sistema público de saúde, compete ao Estado brasileiro, além da implementação das políticas públicas pertinentes em nível nacional, ter a capacidade de atuar no cenário internacional em favor dos interesses nacionais de saúde pública. E, justamente nesse sentido, tem atuado o Brasil no enfrentamento dos desafios ao acesso a medicamentos.

Nesse contexto, conforme buscou demonstrar o presente artigo – que, ressalte-se, não teve a pretensão de esgotar o tema, mas apenas apresentar alguns exemplos da atuação internacional do Brasil no tema de acesso a medicamentos –, a Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde do Ministério da Saúde tem sido ator-chave ao longo dos últimos anos na construção e na defesa do posicionamento brasileiro no tema. Essa atuação tem ocorrido de diversas maneiras, por meio do envio de representantes às reuniões pertinentes, da elaboração de subsídios para propor iniciativas em âmbito multilateral e da coordenação com ministérios da Saúde de outros países para a execução de projetos conjuntos e para a adoção de posicionamentos comuns nos foros multilaterais.

O Ministério da Saúde tem desempenhado papel ativo nas discussões que vêm sendo realizadas, nos últimos anos, nos diversos foros multilaterais, como a OMS e OMC, em especial frente aos potenciais impactos da proteção da propriedade intelectual sobre a saúde pública. Junto à OMC, o Ministério da Saúde tem atuado tanto

defensiva quanto ofensivamente em defesa do uso das flexibilidades do Acordo TRIPS. Em relação à OMS, resta evidente o protagonismo do país na construção e na implementação de iniciativas tão relevantes como a EGPA e o CEWG.

Contar apenas com a tradição ou com o protagonismo histórico do Brasil na defesa do acesso a medicamentos não é suficiente. Faz-se necessário um trabalho constante de reafirmação, perante a comunidade internacional, dos princípios que têm norteado o posicionamento brasileiro no sentido da primazia do direito a saúde sobre interesses comerciais como política de Estado. Além disso, mais do que nunca, faz-se indispensável que o Ministério da Saúde tenha a firmeza e o empoderamento necessários para manter esse posicionamento, especialmente diante da incessante pressão exercida, tanto nos foros multilaterais quanto bilateralmente, pelos países desenvolvidos, cujas realidades e interesses são frequentemente distintos dos brasileiros.

Em nível regional, a iniciativa de negociação conjunta de preços de medicamentos de alto custo nos Estados Partes e associados do Mercosul é bom exemplo de mecanismo de enfrentamento dos desafios ao acesso a medicamentos em razão dos altos preços. A redução de preços obtidos como fruto da negociação realizada em 2015 demonstra o grande potencial desse tipo de estratégia.

Na América do Sul, inegavelmente, a participação ativa do Brasil no processo é indispensável, não só em razão de sua *expertise* técnica de negociação com indústria farmacêutica, mas também porque o volume de aquisições do Brasil, quando negociado conjuntamente, tem o condão de contribuir para reduções de preços significativas para os demais países da região.

Especificamente quanto à rodada de negociação conjunta ocorrida em 2015, a única até o presente momento, o saldo foi, sem dúvidas, positivo – haja vista o benefício inegável das reduções de preços, que transcendeu, até mesmo, as fronteiras da América do Sul, como observado com o efeito *spill-over* ao Fundo Global –, bem como nutriu a expectativa dos países da região quanto à realização de outras rodadas. Cumpre, apenas, destacar que a execução desse mecanismo pode se revelar relativamente complexa e, portanto, demanda detida avaliação de aspectos logísticos, bem como de eventuais barreiras legais e regulatórias que não podem ser ignoradas.

Além da atuação junto aos foros multilaterais e da execução de estratégias em contextos de integração regional, a atuação do Brasil em saúde no tema de acesso a medicamentos tem claro potencial de expansão para a concertação entre países em desenvolvimento com interesses, realidades e desafios similares. No âmbito dos BRICS, pode-se vislumbrar condições favoráveis e perspectivas de possibilidades de cooperação em P&D e outras iniciativas na seara de acesso a medicamentos ainda não exploradas, principalmente no sentido do estabelecimento de parcerias tecnológicas para a pesquisa, o desenvolvimento e a produção conjunta de medicamentos para doenças transmissíveis, crônicas e negligenciadas que afetam, em especial, os países BRICS e

demais países em desenvolvimento. A AISA poderá continuar a contribuir, dessa maneira, com a identificação de possibilidades e oportunidades de ação que convirjam em iniciativas concretas que fortaleçam, de maneira recíproca, o acesso a medicamentos como política pública de saúde no âmbito do SUS e como instrumento da política externa brasileira.

Referências

ACCESS TO MEDICINE FOUNDATION. **Access to Medicine Index 2018**. Amsterdam, 2018.

Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s23336en/s23336en.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei 5.772/71, de 21 de dezembro de 1971**. Institui o Código da Propriedade Industrial, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5772.htm>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. Constituição Federal (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao1988.html>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. **Lei 8.080/90, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. **Lei 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria do Ministério da Saúde nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**. 1998. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde Informa. **Brasil mantém lei de patentes: EUA retiram processo contra o Brasil na OMC e resolvem negociar**. Brasília: Publicação mensal da Subsecretaria de Assuntos Administrativos do Ministério da Saúde. 3 de junho de 2001a.

_____. 54ª Assembleia Mundial da Saúde. **Discurso do Ministro da Saúde, José Serra**. 2001b. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/fevereiro/28/54a-AMS-Discurso-do-Ministro-Jose-Serra.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 338, de 06 de maio de 2004**. 2004. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria do Ministério da Saúde nº 1.897, de 26 de julho de 2017**. 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_rena-me_2017.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Institucional**. 2018a. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/institucional/o-ministerio>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Assessoria internacional**. 2018b. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/assessoria-internacional>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

CAPUCIO, Camilla et al. Patentes Pipeline: Reflexões sobre o polêmico instituto. **Arquivo Jurídico**, Teresina, v. 2, n. 2, p. 161-190, jul./dez. 2015. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/raj/article/view/4679/2702>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

CASSEDY, Claire. EB 136 Friday, January 30th: Global Strategy and Plan of Action on Public Health, Innovation, and Intellectual Property. **Portal do Knowledge Ecology International**. 30 jan. 2015. Disponível em: <<https://keionline.org/node/2163>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

CHAVES, Gabriela Costa et al. Acesso a medicamentos e propriedade intelectual no Brasil: reflexões e estratégias da sociedade civil. **Sur, Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, v. 5, n. 8, p. 170-198, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Development of a Vaccine against Schistosomiasis based on the recombinant Sm14, a member of the fatty acid binding protein**: controlling transmission of a disease of poverty. 2014. Disponível em: <http://www.who.int/phi/implementation/14_summary_EN.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. **Vacina inédita contra esquistossomose**: Fiocruz anuncia nova fase de estudos. 26 ago. 2016. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/vacina-inedita-contra-esquistossomose-fiocruz-anuncia-nova-fase-de-estudos>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

GENEVA GLOBAL HEALTH HUB. **A civil society perspective on the 70th World Health Assembly**. Geneva: WHA Today, nº 4, 25 maio 2017. Disponível em: <<http://g2h2.org/wp-content/uploads/2017/05/WHA-TODAY-No.4-25-May-2017.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH. **The 10/90 Report on Health Research 2000**. Genebra, 2000. Disponível em: <http://announcementsfiles.cohred.org/gfhr_pub/assoc/s14791e/s14791e.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018.

INTERNATIONAL CENTRE FOR TRADE AND SUSTAINABLE DEVELOPMENT (ICTSD). WHO Global Strategy on IP, Innovation Up for Extension. **Bridges**, v. 19, n. 4, 5 fev. 2015. Disponível em: <<http://www.ictsd.org/bridges-news/bridges/news/who-global-strategy-on-ip-innovation-up-for-extension>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS. **Fatal Imbalance**: The crisis in research and development for drugs for neglected diseases. Genebra: MSF Access to Essential Medicines Campaign, 2001. Disponível em: <https://www.msfaaccess.org/sites/default/files/MSF_assets/NegDis/Docs/NEGDIS_report_FatalImbalance_CrisisInR&D_ENG_2001.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. **68th WHA: MSF Intervention on the Global Strategy and Plano f Action on Public Health, Innovation and Intellectual Property.** 18 maio 2015. Disponível em: <<https://www.msfaaccess.org/content/68th-wha-msfs-intervention-global-strategy-and-plan-action-public-health-innovation>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora et al. **Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.** 2015. Disponível em: <<http://nacoesunidas.org/pos2015/ods3/>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. **Painel de Alto Nível do Secretário-Geral da ONU sobre Acesso a Medicamentos.** 14 set. 2016. Disponível em: <<http://www.unsgaccessmeds.org/final-report/>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Assembleia Mundial da Saúde. **Resolução WHA56.27.** 28 maio 2003. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21430en/s21430en.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. **Report of the Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health.** 25 abr. 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/intellectualproperty/documents/thereport/ENPublicHealthReport.pdf?ua=1>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. **Assembleia Mundial da Saúde. Resolução WHA 59.24.** 27 maio 2006. Disponível em: <http://www.who.int/phi/Res59_R24-en.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. **Resolução WHA61.21.** 24 maio 2008. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21429en/s21429en.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. **Resolução WHA62.16.** 22 maio 2009. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17695en/s17695en.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. **WHA63.28.** 21 maio 2010. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R28-en.pdf?ua=1>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. **Global Strategy and Plan of Action on Public Health, Innovation and Intellectual Property.** 2011. Disponível em: <www.who.int/phi/publications/Global_Strategy_Plan_Action.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. Assembleia Mundial da Saúde. **Documento A65/24.** Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination. 20 abr. 2012a. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/CEWG/pdf_files/A65_24-en.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination. **Background document provided by the WHO Secretariat.** 14 nov. 2012b. Disponível em: <http://www.who.int/phi/3-background_cewg_agenda_item5_disease_types_final.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. Assembleia Mundial da Saúde. **WHA66.22.** 27 maio 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/150173/A66_R22-en.pdf;jsessionid=1A2FE9373125EE6FBF9CB5EFB32300F7?sequence=1>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. **WHA68.18**. 26 maio 2015. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21903en/s21903en.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. **Documento A68/35**. 15 maio 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_35-en.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. **Documento EB138/38 Add.1**. 22 de janeiro de 2016. Portal da OMS. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250705/1/B138_38Add1-en.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Documento EB138/38 Add.1**. 22 jan. 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250705/1/B138_38Add1-en.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. **WHO Global Surveillance and Monitoring System for Substandard and Falsified Medical Products**. 2017a. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/regulation/ssfc/publications/GSMS_Report.pdf?ua=1>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. Conselho Executivo da OMS. **Documento EB140/20**. 10 jan. 2017b. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_20-en.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. Conselho Executivo da OMS. **Documento EB 142/14 Rev. 1**. 26 jan. 2018a. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB142/B142_14Rev1-en.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. Assembleia Mundial da Saúde. **Documento A71/13**. Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property: Report by the Director-General. 15 mar. 2018b. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_13-en.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. Assembleia Mundial da Saúde. **Documento A71/VR/6**. Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property: overall programme review. 25 maio 2018c. Disponível em: <[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71\(9\)-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71(9)-en.pdf)>. Acesso em: 30 maio 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DO COMÉRCIO. **Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio**. 15 abr. 1994. Disponível em: <https://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/31bis_trips_01_e.htm>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. Órgão de Solução de Controvérsias da OMC. **Documento WT/DS199/3**. 9 jan. 2001a. Disponível em: <https://docs.wto.org/dol2fe/Pages/FE_DownloadDocument.aspx?Symbol=WT/DS199/3&Language=English&CatalogueId=79135&Context=ShowParts>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. **Declaração de Doha sobre o TRIPS e Saúde Pública**. 14 nov. 2001b. Disponível em: <https://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_trips_e.htm>. Acesso em: 20 abr. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Conselho Diretor da OPAS. **Resolução CD55. R12. 2016**. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=36468&Itemid=270&lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2018.

RANZANI, Caroline Shammass. **O descompasso entre o interno e o externo numa era de interdependência: o caso do acesso a medicamentos para HIV/AIDS no Brasil**. 2006. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação

Getúlio Vargas, São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp003122.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

SAEZ, Catherine. **Review of WHO Public Health And IP Strategy: Help Needed On TRIPS Flexibilities**. 28 maio 2017. Disponível em: <<http://www.ip-watch.org/2017/05/28/review-public-health-ip-strategy-help-needed-trips-flexibilities/>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

UNIÃO EUROPEIA. Conselho da União Europeia. **Council conclusions on strengthening the balance in the pharmaceutical systems in the European Union and its Member States (2016/C 269/06)**. 23 jul. 2016. Disponível em: <<https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b49097b2-5096-11e6-89bd-01aa75ed71a1/language-en>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

Resistência antimicrobiana: enfoque multilateral e resposta brasileira

Tatiana Silva Estrela¹

Resumo

O texto apresenta um panorama do enfrentamento à resistência antimicrobiana no âmbito multilateral e as principais estratégias brasileiras no tema. Considerado um problema global para os sistemas de saúde, a resistência aos antimicrobianos mobiliza diversos organismos internacionais, indústrias, academia e governos. Além de apresentar os desdobramentos do assunto na agenda internacional e o papel da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde no processo de discussão e formulação normativa dessa matéria, o artigo trata dos principais desafios frente à resistência aos fármacos no Brasil.

Palavras-chave: Saúde humana. Antimicrobianos. Resistência antimicrobiana (AMR). Multilateralismo.

1 Introdução

A resistência antimicrobiana (AMR, da sigla em inglês para *antimicrobial resistance*) é considerada um dos desafios aos sistemas de saúde contemporâneos². Estima-se que 700 mil mortes sejam causadas anualmente pela resistência aos antimicrobianos³. De acordo com essas análises, sem uma mudança de abordagem para conter o problema, até 2050, a AMR poderá causar mais mortes que o câncer⁴.

A classe dos antimicrobianos engloba substâncias naturais (antibióticos) ou sintéticas (quimioterápicos) que agem sobre microrganismos a fim de inibir o seu crescimento ou em prol de sua eliminação (SÁEZ-LLORENS, 2000). Os antimicrobianos são uma das classes de medicamentos mais prescritas e dispensadas para uso terapêutico e profilático.

¹ Assistente social e mestre em Políticas Sociais pela Universidade de Brasília. Especialista em Pneumologia Sanitária pela Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/Fiocruz.

² O'Neill J., The Review on Antimicrobial Resistance. "Tackling a crisis for the health and wealth of nations". Londres, Reino Unido, 2014.

³ A denominação "antibiótico" refere-se a substâncias produzidas por fungos e bactérias que são capazes de combater microrganismos infecciosos no organismo. A penicilina, por exemplo, é um antibiótico sintetizado pelos fungos do gênero *Penicillium*, com função bactericida. Atualmente, as substâncias que inibem microrganismos produzidas pela indústria farmacêutica são, em sua maioria, quimioterápicos fabricados artificialmente. A denominação "antimicrobianos" engloba tanto os antibióticos quanto os quimioterápicos.

⁴ O'Neill J., "The Review on Antimicrobial Resistance. Tackling Drug-Resistant Infections Globally: Final Report and Recommendations". Reino Unido, 2016.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define AMR⁵ como a “capacidade de um microrganismo impedir a atuação de um antimicrobiano”. Como resultado, os tratamentos tornam-se ineficazes, e as infecções, persistentes e até incuráveis. Algumas das características de resistência também se aplicam aos medicamentos utilizados no tratamento de doenças virais, parasitárias ou fúngicas⁶.

Uma das barreiras existentes ao enfrentamento da AMR é a ausência de inovação: o desenvolvimento de novas tecnologias de saúde não tem acompanhado a velocidade da adaptação dos microrganismos. Além disso, o número de laboratórios e empresas do setor farmacêutico que investem em pesquisa em novos antimicrobianos vem caindo ao longo dos anos, dada sua baixa lucratividade. Cita-se, de modo exemplificativo, o recente desabastecimento de penicilina, que tem afetado muitos países, inclusive o Brasil. Por ser um medicamento com baixo retorno financeiro, poucas empresas se interessam em sua fabricação. O resultado tem sido o reaparecimento de doenças como a sífilis, que estava sob controle como problema de saúde pública há alguns anos, havendo-se registrado significativo aumento dos casos da doença no Brasil nos últimos anos. Os casos de sífilis em adultos tiveram aumento de 27,9% de 2015 para 2016 no Brasil. Entre as gestantes, o crescimento dos casos foi de 14,7%. As infecções por sífilis congênita, transmitida da mãe para o bebê, subiram 4,7%⁷. Grande parte dos medicamentos atualmente empregados no tratamento de doenças endêmicas em países em desenvolvimento, como doença de Chagas, esquistossomose, hanseníase, leishmaniose e tuberculose, apresentam baixo custo de produção e comercialização, razão pela qual têm despertado cada vez menor interesse da indústria farmacêutica.

A resistência antimicrobiana também está relacionada à perda econômica por diminuição de produtividade. De acordo com o economista britânico Jim O’Neill⁸, até 2050, dez milhões de óbitos anuais serão atribuídos à resistência antimicrobiana. Segundo o mesmo estudo, o impacto para a economia global será de aproximadamente cem trilhões de dólares. As estimativas econômico-financeiras, entretanto, dão conta de apenas um lado do problema.

Para os serviços de saúde, as principais consequências da resistência aos antimicrobianos são o aumento da morbidade e da mortalidade⁹ de doenças que, anteriormente, eram tratáveis com antibióticos ou antimicrobianos quimioterápicos. Além dis-

⁵ World Health Organization. “Antimicrobial resistance: global report on surveillance”. 2014.

⁶ O Plano de Ação Global de AMR da OMS cobre a resistência aos antibióticos de forma mais ampla e refere-se, quando apropriado, a planos de ação para doenças virais, parasitárias e bacterianas, incluindo HIV/aids, malária e tuberculose.

⁷ Brasil. Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico – Aids e IST 2017.

⁸ O’Neill J., 2016, op. cit.

⁹ A morbidade refere-se à aquisição de doenças por uma população. A mortalidade refere-se apenas aos casos em que a enfermidade leva ao óbito.

so, destaca-se, também, a possível reemergência de doenças infectocontagiosas, como febre amarela, dengue, doença de Chagas, esquistossomose, hanseníase, leishmaniose, malária e tuberculose. Mutações de microrganismos têm provocado maior resistência de parasitas e agentes causadores dessas e de outras doenças que representam graves problemas de saúde pública, especialmente nas populações mais vulneráveis, ampliando-se os obstáculos para seu controle. Ademais, o prolongamento de internação hospitalar, a baixa efetividade das terapias profiláticas e a elevação dos custos dos tratamentos geram impacto financeiro considerável aos sistemas de saúde e aos indivíduos (CASTRO, 2002). O enfrentamento da AMR guarda, portanto, relação direta com as desigualdades sociais, econômicas e geográficas de acesso à saúde.

Em 2014, a AMR foi reconhecida como ameaça aos esforços mundiais de sustentabilidade e desenvolvimento pela Assembleia Geral das Nações Unidas. O problema também ameaça o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), em especial o que visa a “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades” (ODS 3). A meta 3.3 dos ODS prevê, “até 2030, acabar com as epidemias de aids, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis”¹⁰, muitas das quais são afetadas pela AMR.

Diante dessas diferentes facetas do problema provocado pela AMR, organizações internacionais, países, academia, setores produtivo e tecnológico têm se mobilizado para enfrentá-la em diferentes níveis de atuação. Em 2015, os Estados membros da OMS endossaram o “Plano de Ação Global para o Enfrentamento à Resistência aos Antimicrobianos”, organizado em parceria com a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) e a Organização Mundial de Saúde Animal (OIE). De acordo com o texto do Plano de Ação Global, seu objetivo

é assegurar, pelo maior tempo possível, a continuidade do tratamento bem-sucedido e da prevenção de doenças infecciosas com medicamentos eficazes e seguros, com garantia de qualidade, utilizados de maneira responsável e acessíveis a todos os que deles necessitam. Espera-se que os países desenvolvam seus próprios planos de ação nacionais sobre resistência antimicrobiana, de acordo com o plano global.

Para atingir esse objetivo, o plano de ação global estabelece cinco objetivos estratégicos: (1) melhorar a conscientização e compreensão da resistência antimicrobiana; (2) fortalecer o conhecimento por meio da vigilância e da pesquisa; (3) reduzir a incidência de infecções; (4) otimizar o uso de agentes antimicrobianos; e (5) assegurar investimentos sustentáveis na luta contra a resistência antimicrobiana. Estes objetivos

¹⁰ Disponível em: <<http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>>, tradução própria.

podem ser alcançados por meio da implementação de ações claramente identificadas pelos Estados membros, pelo Secretariado e por parceiros nacionais e internacionais em vários setores. As ações para otimizar o uso de medicamentos antimicrobianos e renovar o investimento em pesquisa e desenvolvimento de novos produtos devem ser acompanhadas de ações para assegurar acesso equitativo e a preços justos àqueles que precisam deles.

Com essa abordagem, o objetivo principal de garantir o tratamento e a prevenção de doenças infecciosas com medicamentos de qualidade, seguros e eficazes é alcançável.¹¹

As bactérias resistentes aos antimicrobianos podem circular entre seres humanos e animais por meio da alimentação, da água e do meio ambiente, e sua transmissão é influenciada pelo comércio, pelas viagens e pelas migrações humana e animal. A abordagem multisetorial no enfrentamento da resistência poderá ser mais resolutiva do que ações focadas apenas na área de saúde humana, por exemplo. A abordagem de Saúde Única (*One Health approach*), que se viu refletida na concepção do Plano de Ação Global, estabelece a necessidade desse envolvimento multisetorial, com o objetivo de assegurar o tratamento da questão sob as perspectivas conjugadas de saúde humana, animal e ambiental.

O recente chamado global para o combate à AMR, expressado em foros multilaterais e encampado por alguns países como parte de sua agenda ativa em matéria de política externa nas áreas de saúde humana e animal, tem levado alguns governos, especialmente de países desenvolvidos, a traçar estratégias para o desenvolvimento de novos antimicrobianos. De maneira geral, essa estratégia tende a beneficiar, sobretudo, as empresas farmacêuticas desses mesmos países, muitas vezes disfarçando interesses comerciais protecionistas com o argumento de defesa da saúde. Em consequência, verifica-se, atualmente, um descompasso entre o incentivo ao desenvolvimento de novas moléculas, por um lado, e a promoção do acesso a antimicrobianos novos e já existentes, por outro. Além disso, enquanto, por um lado, voltam-se as atenções para o desenvolvimento de novos métodos diagnósticos e medicamentos, por outro, torna-se imperativo discutir questões como o custo dessas novas tecnologias e seu impacto nos sistemas de saúde.

O enfrentamento global à AMR segue, dessa maneira, apresentando desafios à sustentabilidade da saúde pública global. Países que, como o Brasil, têm o direito à saúde consagrado em sua Constituição têm a responsabilidade de assegurar que interesses comerciais não se sobreponham às considerações de saúde pública. No plano internacional, o Brasil tem desempenhado papel destacado no reconhecimento da AMR como

¹¹ Disponível em: <http://www.wpro.who.int/entity/drug_resistance/resources/global_action_plan_eng.pdf>, tradução própria.

problema de saúde pública e na defesa de estratégias multissetoriais para seu enfrentamento que levem em consideração o acesso à saúde, particularmente nos países em desenvolvimento, como vetor prioritário de ação. O papel desempenhado pela Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA) de construção, em conjunto com as áreas técnicas responsáveis no Ministério da Saúde, do posicionamento do Brasil em matéria de AMR nos foros internacionais de que o país participa guarda, portanto, relação próxima com a defesa do acesso à saúde como direito.

Diante desse cenário, o presente capítulo pretende apresentar, em caráter geral, o desenvolvimento da discussão sobre resistência antimicrobiana no âmbito multilateral, a partir de 2011, e destacar a atuação brasileira no enfrentamento do problema. Para isso, serão explicitados os principais marcos no contexto internacional e as ações desenvolvidas pelo governo brasileiro na elaboração do Plano Nacional de Prevenção e Controle da Resistência aos Antimicrobianos (PAN-BR), resgatando-se, ainda, o papel da AISA nesses processos.

2 Abordagem multilateral

De acordo com a OMS¹², a AMR desenvolve-se com o crescimento e a adaptação de bactérias na presença de antimicrobianos. Embora seja um fenômeno natural e intrínseco aos antimicrobianos desde sua descoberta por Alexander Fleming, em 1928¹³, o fato pode ser potencializado pelo uso inadequado desses medicamentos, pela baixa qualidade dos fármacos, por uma rede laboratorial ineficiente ou até mesmo por estratégias de prevenção e controle de infecções pouco eficientes¹⁴.

Em 2011, por ocasião do “Dia Mundial da Saúde”, a OMS apresentou um pacote de estratégias políticas para combate à AMR. A iniciativa, que teve por mensagem “*Combat drug resistance: No action today, no cure tomorrow*”¹⁵, foi considerada o embrião do Plano Global de AMR aprovado em 2015 e visava engajar a sociedade civil na questão. Dada a fragilidade dos sistemas de informação dos países sobre esse tema e dos dados sobre resistência aos fármacos repassados à OMS, fazia-se necessário conhecer a real magnitude do problema entre os Estados membros, com vistas a traçar uma estratégia efetiva para combatê-lo.

Com esse objetivo, em 2013, a OMS iniciou uma análise situacional com 133 países, para conhecer seu perfil e as iniciativas sobre resistência antimicrobiana. No

¹² World Health Organization. Global Action Plan on Antimicrobial Resistance. 2015.

¹³ Alexander Fleming; The Discovery of Penicillin. British Medical Bulletin, Volume 2, Issue 1, 1 January 1944, pp. 4-5. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.bmb.a071032>>.

¹⁴ World Health Organization, 2015. Worldwide country situation analysis: response to antimicrobial resistance.

¹⁵ World Health Day 2011: Policy briefs. Disponível em: <<http://www.who.int/world-health-day/2011/policybriefs/en/>>.

mesmo ano, a Organização instituiu o Grupo Consultivo Estratégico e Técnico em resistência antimicrobiana (STAG-AMR), composto por equipes técnicas de cada uma das regiões, especialistas em saúde pública, membros observadores e representantes de organizações internacionais parceiras. O grupo subsidiou a direção-geral da OMS na elaboração do plano estratégico e das atividades prioritárias para enfrentar a AMR, no levantamento de patógenos resistentes e na definição do papel das organizações participantes. De acordo com o relatório da primeira reunião do STAG-AMR¹⁶, elencaram-se os principais eixos para o desenvolvimento de um “Plano de Ação para AMR”. Esse foi o embrião do Plano Global de Ação.

A publicação do documento “Resistência antimicrobiana: relatório global sobre vigilância”¹⁷, de 2014, foi a primeira tentativa de apresentar a magnitude da resistência antimicrobiana em nível mundial. Elaborado pela OMS com a colaboração e as informações dos Estados membros, o relatório ateu-se à resistência antibacteriana e indicou a existência de elevadas taxas de resistência em todas as regiões, afirmando, assim, que vivemos uma “era pós-antibiótico”¹⁸.

Com o documento, atestaram-se a fragilidade dos sistemas de vigilância da resistência antibacteriana e a existência de respostas desarticuladas entre os países e os setores envolvidos, bem como as lacunas na informação sobre patógenos resistentes de significativa importância para saúde pública, como *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* e *Staphylococcus aureus*, que causam infecções do trato urinário, infecções sanguíneas e pneumonia¹⁹.

Por ocasião da 67ª Assembleia Mundial de Saúde (AMS), em 2014, a Resolução WHA 67.25, referente à resistência antimicrobiana²⁰, e os subsídios apresentados pelo relatório recém-publicado sinalizaram a necessidade de elaboração de um plano global para conter o problema. Firmou-se o compromisso de submeter à 68ª AMS uma proposta de plano mundial que, entre outros aspectos, deveria apresentar uma abordagem multissetorial, baseada na perspectiva da Saúde Única.

A abordagem Saúde Única consiste em uma estratégia mundial adotada pela Organização Mundial de Saúde Animal (OIE), no início dos anos 2000, para a colaboração interdisciplinar e global entre os organismos relacionados com a saúde das pessoas e dos animais. A importância desse conceito reside no fato de a grande maioria das doenças infecciosas emergentes serem zoonoses²¹ (Conrad et al, 2013).

¹⁶ Documento disponível em: <http://www.who.int/antimicrobial-resistance/publications/amr_stag_meetingreport0913.pdf?ua=1>.

¹⁷ World Health Organization, 2014, Antimicrobial resistance: global report on surveillance 2014.

¹⁸ Alanis AJ. Resistance to antibiotics: are we in the post-antibiotic era?, Arch Med Res, 2005, vol. 36, pp. 697-705.

¹⁹ World Health Organization, 2014, Antimicrobial resistance: global report on surveillance 2014.

²⁰ World Health Organization, 2014. World Health Assembly Resolution WHA67.25

²¹ Zoonoses são doenças infecciosas de animais passíveis de transmissão a seres humanos.

O conceito de Saúde Única baseia-se na aplicação de práticas relacionadas à prevenção, à vigilância e à detecção das zoonoses, assim como à notificação dessas situações e à determinação de respostas eficazes e oportunas. O conceito também engloba aplicações relacionadas à inocuidade dos alimentos e à segurança alimentar. Embora seja abordagem elencada para a saúde animal, tem impacto direto na saúde humana e no meio ambiente.

Ainda em 2014, o Reino Unido criou o Comitê Governamental de Revisão em Resistência Antimicrobiana, iniciativa do governo britânico em colaboração com o Wellcome Trust – fundação inglesa de apoio e investimento à pesquisa e à inovação nas áreas da saúde humana e animal. Desde então, sob a coordenação de um comitê revisor, foram publicados dez estudos independentes com foco multissetorial, nos quais se apresentaram os impactos econômicos e sociais da AMR. Nos relatórios, contemplaram-se temas relativos ao acesso a novos medicamentos, ao uso de diagnóstico, vigilância e controle de infecções, aos tratamentos alternativos e à aplicação de antibióticos na agricultura, destacando-se, especialmente, a restrição do uso de promotores de crescimento na agropecuária.

O uso de antibióticos para acelerar o crescimento de animais destinados ao consumo humano e suas possíveis consequências para a AMR e a saúde é assunto de grande relevância para o setor agrícola, por seu potencial impacto econômico. Por essa razão, na perspectiva de alguns países, eventuais restrições às importações de carnes de animais medicados com antimicrobianos podem, se não estiverem baseadas em evidências científicas, constituir medidas de protecionismo comercial disfarçadas de preocupações de ordem sanitária. Faz-se necessário, portanto, encontrar evidências que permitam embasar a tomada de decisão nessa matéria sob todos os seus aspectos, do sanitário ao comercial. O papel desempenhado pelas organizações internacionais competentes nessa matéria é, por essa razão, fundamental.

Em 2015, às vésperas da 68ª AMS, publicou-se o resultado da análise situacional dos países pela OMS. O levantamento constatou que poucos países possuíam planos nacionais multissetoriais sobre AMR e que o monitoramento, quase inexistente, era pulverizado e não sistemático. Outros pontos de destaque foram: a má qualidade de armazenamento, a falsificação de medicamentos, a ausência de padrões mínimos de farmacovigilância e a falta de atuação das autoridades regulatórias. Alguns países reportaram, ainda, facilidade no acesso da população aos antimicrobianos, ausência de medidas de restrição e controle de receituário e inexistência de programas de prevenção e controle de infecção hospitalar, medidas importantes na prevenção da AMR.

Diante desse cenário, durante a 68ª AMS, em 2015, os Estados membros da OMS endossaram, por meio da Resolução WHA 68.20, o “Plano de Ação Global para o Enfrentamento à Resistência aos Antimicrobianos”, concebido pela OMS em parceria com a FAO e a OIE. O documento buscou estimular os Estados membros na elaboração

dos respectivos planos de ação nacionais até maio de 2017. Seu principal objetivo foi assegurar a continuidade da resposta no tratamento e prevenção de doenças infecciosas por meio de medicamentos efetivos e seguros de forma acessível, responsável e que priorize a abordagem de Saúde Única.

Os objetivos estratégicos do “Plano de Ação Global” visavam ampliar o estado de atenção e promover mais conhecimento sobre a AMR, fortalecer a vigilância epidemiológica, reduzir a incidência de infecções, otimizar o uso de medicamentos antimicrobianos na saúde humana e animal e garantir investimento sustentável para sua implementação. Para isso, deveriam ser promovidos o engajamento da sociedade civil e o enfoque às estratégias de prevenção e acesso a medicamentos. Na ocasião, o Brasil apoiou a adoção de metas graduais de implementação dos planos nacionais e a priorização das ações de acesso a medicamentos como estratégia fundamental para assegurar uma abordagem integral e efetiva do problema.

Há diversas iniciativas voltadas ao enfrentamento da AMR no plano multilateral. Uma dessas iniciativas da qual o Brasil é membro é a “Aliança dos Campeões contra a AMR²²”. Instituída em 2015, às margens da AMS, por proposta do governo da Suécia, essa coalizão teve o objetivo de engajar os governos e elevar o tratamento político dado ao tema. O grupo propôs a realização da reunião de alto nível às margens da Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU), o que acabou se concretizando em 2016. Apesar da heterogeneidade dos países do grupo, que reúne países de diferentes graus de desenvolvimento e com diferentes abordagens sobre a saúde pública e sobre a AMR, o Brasil apoiou a iniciativa, em reconhecimento à necessidade de promover maior comprometimento político global no tema.

Em 2016, publicou-se o relatório final produzido pelo economista britânico Jim O’Neill sobre AMR. O documento chamou atenção para o problema global da AMR, propôs ações específicas para lidar com ele e levantou questões sobre a sensibilização pública em nível global, a busca de esforços conjuntos e o financiamento internacional sobre o tema. O relatório também apresentou temas de maior sensibilidade, sobretudo para os países em desenvolvimento, como a oferta de novos medicamentos em substituição às drogas resistentes, a redução no uso extensivo de antimicrobianos na agricultura e a criação de fundo de inovação global em investimentos. Trata-se de temáticas com impactos potencialmente grandes para países em desenvolvimento porque, com relação ao desenvolvimento e à oferta de novos medicamentos, há uma preocupação natural com seu preço. A desvinculação dos custos de pesquisa e desenvolvimento em relação ao preço e ao volume das vendas é, por essa razão, fundamental para facilitar o acesso equitativo e a preços razoáveis a novos medicamentos, vacinas e diagnósticos.

²² O grupo é composto por África do Sul, Alemanha, Austrália, Canadá, China, Coreia do Sul, Estados Unidos, Finlândia, Japão, México, Noruega, Países Baixos, Paquistão, Reino Unido, Suécia, Tailândia e Zâmbia.

Esse posicionamento, entretanto, não encontra consenso, especialmente entre os países desenvolvidos com grande indústria farmacêutica.

Em relação ao desenvolvimento de novos medicamentos, o Brasil tem ponderado em seus posicionamentos oficiais sobre a importância da vinculação entre inovação, investimento e acesso, conforme preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, o uso de mecanismos inovadores de financiamento e investimento deve voltar-se não apenas para a produção de novos antimicrobianos, uma vez que o desenvolvimento de novas vacinas, tecnologias, métodos diagnósticos e demais elementos destinados a reduzir ou racionalizar a demanda de antimicrobianos também tem importância fundamental. Nesse sentido, é necessário considerar a política de acesso a medicamentos do SUS e os posicionamentos nacionais nesse tema²³. Adicionalmente, deve-se considerar a importância do acesso das populações a esses insumos para o enfrentamento à AMR, sobretudo entre os mais vulneráveis. Na perspectiva brasileira, o debate sobre o acesso deve levar em consideração não apenas as dificuldades financeiras para adquirir antimicrobianos, mas também outros tipos de restrições, como o desabastecimento e as desigualdades de todo tipo no acesso à saúde: sociais, econômicas, étnico-raciais, de gênero, geográficas, entre outras.

O documento britânico foi acolhido por diferentes organizações internacionais e governos e passou a servir como referência para a adoção de diferentes iniciativas relacionadas a esse tema, especialmente nos países europeus. A avaliação científica sobre os potenciais impactos das medidas propostas, entretanto, ainda provoca controvérsias em diferentes países. Para o setor agropecuário brasileiro, por exemplo, a indicação expressa a favor da descontinuidade do uso de todos os antimicrobianos no setor é vista com resistência, por contrastar com a estratégia adotada pela OIE sobre essa matéria, que prevê o uso responsável e prudente desses insumos, sem vetar sua utilização indiscriminada.

Há evidências na literatura especializada que reconhecem, de maneira geral, que o uso de antimicrobianos é um dos fatores importantes para a geração e a intensificação de AMR em humanos e na produção animal. O Brasil tem defendido que se deve fazer uso de análises de risco baseadas em evidências científicas para o estabelecimento de quais antimicrobianos têm maior potencial de geração de AMR, quais os mecanismos específicos em que o processo de desenvolvimento da AMR acontece e qual o impacto dessas medidas na saúde humana e animal. O governo brasileiro tem gradualmente eliminado o uso de alguns antimicrobianos, a partir de lista de medicamentos estabelecida pelas organizações internacionais de referência, como a OMS, a FAO, a OIE e o

²³ Sobre esse tema, ver o capítulo “A atuação internacional do Ministério da Saúde no tema de acesso a medicamentos”, de Roberta Vargas de Moraes.

Codex Alimentarius, que avaliam os eventuais efeitos nocivos do uso dessas substâncias como promotores de crescimento em animais.

Desde 2016, a União Europeia banuiu o uso de antimicrobianos como promotores de crescimento na agropecuária. A União Europeia é o maior importador de alimentos do mundo, embora parte significativa dos alimentos importados por seus membros venha de outros países europeus. Por essa razão, a eventual restrição europeia às importações provenientes de mercados externos que continuam usando aditivos dessa natureza poderá representar favorecimento a produtores europeus. Os limites entre as alegadas razões de saúde e a proteção de interesses comerciais são, portanto, tênues. Sua definição precisa ainda carece de evidências científicas robustas.

No contexto dessa nova abordagem pelos países europeus, uma série de projetos de pesquisa e desenvolvimento de novos fármacos tem sido implementada, em coordenação com a indústria farmacêutica europeia. O bloco, que conta com ações sobre resistência antimicrobiana desde 2011, está na segunda fase de seu plano de combate à AMR, que compreende os anos de 2017 a 2022. A estratégia europeia envolve temas como meio ambiente, agricultura, pesquisa e desenvolvimento e cooperação global, incluindo uma agenda específica para os países em desenvolvimento, especialmente na América Latina.

Com o objetivo de reafirmar a importância política do tema e como resultado da mobilização dos países membros da “Aliança dos Campeões contra a AMR”, realizou-se em 2016, às margens da 71ª AGNU, a Reunião de Alto Nível das Nações Unidas sobre Resistência Antimicrobiana. O evento, organizado pelo Reino Unido e copatrocinado por África do Sul, Argentina, Austrália e Quênia, pretendeu engajar governos, indústria, academia e sociedade civil no enfrentamento da AMR, reforçando a importância da abordagem de Saúde Única e apontando para a necessidade de garantir acesso e desenvolvimento a novos antimicrobianos. Na ocasião, os diretores-gerais da OMS e da FAO compartilharam posicionamento contrário ao uso de promotores de crescimento pelo setor agropecuário. Apesar da ênfase em boa parte das intervenções realizadas no evento, não foram incluídas referências diretas sobre a redução do uso de aditivos dessa natureza na declaração política adotada na ocasião²⁴.

A AISA acompanhou e participou, em parceria com a área técnica responsável no Ministério da Saúde e em coordenação com o Ministério das Relações Exteriores (MRE), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA), da elaboração das instruções que balizaram o posicionamento brasileiro na negociação dessa declaração. Ao recordar a defesa tradicional do acesso a medicamentos como política de Estado adotada no âmbito

²⁴ United Nations, 2016. Political Declaration of the high-level meeting of the General Assembly on antimicrobial resistance. New York, USA.

do SUS, a atuação do Ministério da Saúde voltou-se à adoção de posicionamento que consagra os cinco pilares do Plano Global como linhas simultâneas de ação, primando pelo acesso à saúde e pela atenção especial às necessidades dos países em desenvolvimento no enfrentamento à AMR. O posicionamento do Brasil na negociação baseou-se nos seguintes princípios gerais:

1. o fortalecimento dos processos multilaterais em curso, com a reafirmação do Plano de Ação Global e de seu processo de implementação como eixos institucionais de referência para a atuação internacional nessa matéria;
2. a centralidade da articulação entre a OMS, a FAO e a OIE para abordagem da questão;
3. o reconhecimento da influência dos determinantes sociais de saúde, especialmente aqueles relacionados aos desafios ao desenvolvimento, sobre as capacidades nacionais de resposta à AMR;
4. o apoio à elaboração de planos nacionais de AMR, alinhados aos objetivos estratégicos do Plano de Ação Global e à abordagem multissetorial de Saúde Única, com foco na cooperação internacional;
5. o equilíbrio entre a discussão sobre a preservação da eficácia dos antimicrobianos, incluindo o controle de seu uso, a garantia do acesso a medicamentos e a serviços de saúde de qualidade²⁵;
6. o equilíbrio entre a promoção do desenvolvimento de novos medicamentos, vacinas, métodos de prevenção e ferramentas de diagnóstico;
7. a defesa da desvinculação entre os custos de pesquisa e desenvolvimento, por um lado, e os preços finais das novas tecnologias, por outro;
8. a necessidade de que as iniciativas de controle do uso dos antimicrobianos na saúde animal estejam baseadas em evidências científicas.

Um dos desdobramentos da declaração política da reunião sobre AMR foi a criação do Grupo de Coordenação Interagências sobre Resistência Antimicrobiana (IACG), organizado para ampliar a coordenação entre as organizações internacionais na resposta global sobre AMR. O diretor-presidente da Anvisa, Jarbas Barbosa, foi o único especialista da América do Sul a integrar o grupo. O IACG produzirá um relatório para o secretário-geral da ONU que deverá ser apresentado à AGNU em 2018.

A Reunião de Alto Nível também abordou questões relativas ao Plano de Ação Global, especialmente sobre o uso inadequado dos antimicrobianos, a falta de conscientização na prescrição de antibióticos e a importância do desenvolvimento de métodos diagnósticos mais eficientes e de novas vacinas para prevenção de doenças. A fina-

²⁵ Em parte significativa dos países em desenvolvimento, o principal desafio ainda é a falta de acesso a medicamentos e a serviços de saúde de qualidade. Por essa razão, medidas excessivamente restritivas em matéria de produção, distribuição e venda, sem contrapartidas de acesso, poderiam agravar essa situação.

lização dos Planos Nacionais de AMR também foi objeto da discussão, reforçando-se o compromisso dos países em finalizar sua elaboração.

Considerando o tímido engajamento dos países na organização das estratégias de enfrentamento à AMR, ao final de 2016, OMS, FAO e OIE publicaram um guia para apoiar a elaboração dos planos nacionais de AMR²⁶. Criado para viabilizar e encorajar a participação de diferentes setores, o manual pautou-se na abordagem de Saúde Única e, alinhado ao Plano de Ação Global, reiterou que as especificidades locais fossem consideradas, além de destacar a importância de otimizar os recursos e atividades já existentes para o controle da AMR.

Até dezembro de 2017, 55 dos 194 Estados membros da OMS haviam finalizado seus planos nacionais de prevenção à AMR²⁷. Na região das Américas, apenas Argentina, Barbados, Canadá, Peru e Estados Unidos haviam apresentado seus planos até essa data. Embora tenha finalizado o Plano Nacional de Prevenção e Controle da Resistência aos Antimicrobianos (PAN-BR), o Brasil ainda aguarda a conclusão de trâmites administrativos pelos ministérios envolvidos para sua submissão formal à OMS. Apesar disso, algumas ações definidas pelo PAN-BR já estão em andamento e serão detalhadas na segunda parte deste artigo.

Além de prover apoio técnico para a elaboração dos Planos Nacionais de enfrentamento à AMR, a OMS também apoia diferentes iniciativas de combate à resistência aos antimicrobianos no âmbito da organização. Algumas iniciativas existentes nessa matéria são: o Sistema Global de Vigilância de Resistência Antimicrobiana (GLASS)²⁸, o Programa Global de Vigilância Antimicrobiana Gonocócica (GASP)²⁹, a Parceria Global de Pesquisa e Desenvolvimento de Antibióticos (GARDP)³⁰, a Rede

²⁶ WHO, OIE, FAO, 2016. "Antimicrobial resistance: A manual for developing national action plans".

²⁷ Disponível em: <<http://www.who.int/drugresistance/action-plans/library/en/>>.

²⁸ Criado com objetivo de apoiar o Plano Global de AMR, o sistema visa realizar a coleta, a análise e o compartilhamento padronizado dos dados sobre AMR, para contribuir nas tomadas de decisão. Em vigência entre 2015 a 2019, o GLASS reforça a importância da produção de evidências científicas robustas para impulsionar ações nos níveis local, regional e global. A ferramenta também coleta, organiza e divulga dados clínicos, epidemiológicos e laboratoriais sobre os agentes patogênicos que representam as maiores ameaças à saúde global. O Brasil aderiu ao sistema em dezembro de 2017 e deverá reportar as primeiras informações do projeto-piloto, operacionalizado no Paraná, em novembro de 2018.

²⁹ O programa monitora as tendências da gonorreia resistente aos medicamentos. A resistência aos antimicrobianos tornou a gonorreia, que é uma infecção transmitida sexualmente comum, muito mais difícil e, às vezes, impossível de tratar. Os dados do programa apresentaram, de 2009 a 2014, evidências de resistência generalizada a quase todos os fármacos existentes na maioria dos países. Na reunião de dezembro de 2017, o Brasil apresentou a experiência do Projeto SenGono de testagem da resistência da gonorreia no Brasil, que também poderá servir de referência aos demais países da América Latina e do Caribe.

³⁰ Incubada pela "Iniciativa em Medicamentos para Doenças Negligenciadas" (DNDi) e apoiada pela OMS para incentivar a pesquisa e o desenvolvimento de novos antimicrobianos através de parcerias público-privadas. Visa a desenvolver, até 2023, novos tratamentos e antimicrobianos e, ainda, aprimorar o uso de drogas já existentes. O Brasil apoia a parceria com a GARDP e participa da fase clínica do estudo global de teste da nova droga para combater o gonococo, bactéria causadora da gonorreia.

Latino-Americana de Vigilância de Resistência Antimicrobiana (ReLAVRA)³¹, a Stop TB Partnership³², entre outras.

A resistência antimicrobiana também tem sido incorporada como tema de discussão em outros foros multilaterais não específicos do setor de saúde, como o G20³³. No âmbito do G20, em 2017, a presidência alemã instituiu um grupo de trabalho para a discussão de temas de saúde no grupo, e o tema de AMR foi incluído na agenda. Na perspectiva brasileira, as decisões de grupos ou foros plurilaterais, a exemplo do G20, sobre questões de saúde devem dar-se em apoio aos processos multilaterais em curso e aos mandatos multilateralmente determinados nessas temáticas. Isso porque eventuais sobreposições de competências entre esses foros e as organizações multilaterais, como a OMS, poderiam não só enfraquecer o multilateralismo como espaço de tomada de decisões de cunho global, mas também levar à adoção de consensos por grupos reduzidos, nos quais os países em desenvolvimento têm menor capacidade de ingerência e exercem menor peso político relativo, que poderiam ser posteriormente “multilateralizados” – o que, na prática, poderia significar sua imposição aos demais países não participantes daquele consenso, em prejuízo, sobretudo, para os países em desenvolvimento. Em expressão desse posicionamento, a AISA, como representante do governo brasileiro no Grupo de Trabalho de Saúde do G20, tem insistido na necessidade de fortalecimento ao papel da OMS e aos processos multilaterais como caminho de ação para os trabalhos do G20 em matéria de saúde. No âmbito do G20, a concertação de posições entre os Ministérios da Saúde dos BRICS tem contribuído para dar continuidade a esse posicionamento.

Durante o processo negociador da Declaração de Berlim, aprovada por ocasião da Primeira Reunião de Ministros da Saúde do G20, em maio de 2018, o Brasil reafirmou as posições relativas ao acesso à saúde como elemento fundamental para a tomada de decisões nessa matéria. O Brasil defendeu a inserção de referências à primazia da atuação da OMS na coordenação global das iniciativas sobre AMR e ao reconheci-

³¹ Criada em 1996, com o apoio da OPAS, a rede busca obter dados microbiológicos confiáveis, oportunos e que possam ser replicados para fortalecer a vigilância da AMR. Em sua fase inicial, a ReLAVRA centrou-se na vigilância da resistência dos agentes patogênicos adquiridos na comunidade. A partir do ano 2000, passou a focar nos patógenos resistentes. O Brasil envia anualmente os relatórios, utilizando as informações da base do Sistema de Gerenciamento de Ambiente Laboratorial (GAL).

³² ONG fundada em 2000, atua para garantir tratamento e diagnóstico adequados para tuberculose, com foco nas populações mais vulneráveis. Presente em cerca de cem países e composta por mais de 1.500 instituições, inclui a participação de organizações internacionais especializadas, representantes da sociedade civil, fundações e setor privado.

³³ O Grupo dos 20 (G20) é constituído por representantes das dezenove maiores economias do mundo mais a União Europeia. O fórum foi criado em 1999 como espaço para discussões econômicas e financeiras internacionais. No contexto da crise econômica mundial iniciada em 2008, o G20 foi alçado à condição de principal foro global para discussão de questões econômico-financeiras. Recentemente, outras áreas têm sido incorporadas às discussões no âmbito do G20. Em 2017, durante a presidência alemã, foi realizada a primeira Reunião de Ministros da Saúde do G20.

mento do Plano Global de AMR como guia de ação, posição que se viu refletida no documento final.

Além do Ministério da Saúde, outros atores governamentais também estão envolvidos no enfrentamento à AMR no Brasil e atuam de forma protagonista na temática, como a Anvisa, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o MAPA e o Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC). Na próxima seção, serão identificados os papéis de algumas dessas instituições na resposta brasileira à AMR.

3 A resposta brasileira à resistência antimicrobiana

As ações brasileiras de prevenção e controle da resistência antimicrobiana são bastante anteriores à adoção do Plano de Ação Global, datado de 2015. No contexto da saúde humana, um marco para as ações de controle das infecções no país foi a instituição do “Programa de Controle de Infecções Hospitalares”³⁴, em 1998. O objetivo do programa era reduzir a incidência e a gravidade das infecções hospitalares por meio da qualificação de assistência hospitalar e da vigilância sanitária. A portaria de instituição do programa mencionou, pela primeira vez, a necessidade do uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares, além de haver reforçado a importância de identificar indicadores no uso de antimicrobianos.

Em 2005, o Ministério da Saúde e a Anvisa, em parceria com a OPAS, estabeleceram a “Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana em Serviços de Saúde”, para ampliar a detecção, a prevenção e o controle da emergência de resistência nos serviços de saúde no país. Outro destaque no enfrentamento à resistência antibacteriana no Brasil foi a regulamentação da venda de antibióticos³⁵, instituída em 2011 pela Anvisa para o controle da dispensação de antimicrobianos de uso humano. Antes dessa resolução, já havia a exigência de prescrição de antibióticos, medida considerada eficaz pela OMS para o enfrentamento ao uso desnecessário desses medicamentos.

No que tange à saúde animal, o reconhecimento do MAPA como órgão responsável pela regulamentação do registro, da fabricação, do comércio e do uso de antimicrobianos em animais foi instituído em 1969³⁶. Mais recentemente, o MAPA regulamentou a utilização de produtos de uso veterinário antimicrobianos para alimentação animal por meio da Instrução Normativa nº 65/2006. Esse ministério também desempenha papel de liderança em iniciativas governamentais no controle e na prevenção de AMR na área de saúde animal, como o Programa Nacional de Controle de Patógenos³⁷, que visa a monitorar e a gerenciar o risco e a presença de patógenos em alimentos de origem

³⁴ Portaria nº 2.616/MS/GM, de 12 de maio de 1998, Ministério da Saúde.

³⁵ Anvisa, Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n.º 20, de 5 de maio de 2011.

³⁶ Decreto-lei nº 467/1969.

³⁷ MAPA, Portaria SDA nº 17/2013.

animal, como *Salmonella spp.* em frangos de corte e suínos e *Verotoxigenic Escherichia coli* na carne bovina. Em 2014, o MAPA lançou, também, o “Programa Nacional de Monitoramento da AMR em Recursos Pesqueiros”³⁸.

Apesar de numerosas e bem-sucedidas em diferentes aspectos, as estratégias do governo brasileiro para o controle e a prevenção da AMR não se pautavam, até então, na abordagem de Saúde Única, tal como preconizada pelo Plano Global de AMR, e eram desenvolvidas de forma desarticuladas e sem monitoramento integrado, mesmo no âmbito do SUS, que indica, em seus princípios, a integralidade das ações em saúde.

Mobilizado pelas discussões do Plano Global e pelos compromissos internacionalmente firmados nos fóruns multilaterais correspondentes, o governo brasileiro passou à elaboração do Plano de Ação Nacional de Prevenção e Controle da Resistência aos Antimicrobianos (PAN-BR). O PAN-BR está pautado pelos princípios orientadores definidos pela OMS, pela FAO e pela OIE, destacando-se, em especial, a abordagem multissetorial, envolvendo diretamente o Ministério da Saúde, a Anvisa e o MAPA, e conta com o apoio do Ministério do Meio Ambiente, da Fundação Nacional de Saúde, do Ministério das Cidades, do MCTIC, entre outros órgãos.

Em conformidade com o Plano Global, o PAN-BR é composto por eixos estratégicos, operacionais e de monitoramento e compreenderá o período de 2018-2022, sendo estruturado em cinco objetivos estratégicos:

1. Melhorar a conscientização e a compreensão a respeito da resistência aos antimicrobianos por meio de comunicação, educação e formação efetivas.
2. Fortalecer os conhecimentos e a base científica por meio da vigilância e da pesquisa.
3. Reduzir a incidência de infecções com medidas eficazes de saneamento, higiene e prevenção de infecções.
4. Otimizar o uso de medicamentos antimicrobianos na saúde humana e animal.
5. Preparar argumentos econômicos voltados ao investimento sustentável e aumentar os investimentos em novos medicamentos, meios diagnósticos e vacinas e outras intervenções.

Nacionalmente, esses objetivos desmembram-se em quinze objetivos principais, 39 intervenções estratégicas e 104 atividades.

O Ministério da Saúde foi o órgão responsável pela elaboração do PAN-BR e pela coordenação das ações propostas. Em 2016, instituiu-se³⁹ o comitê encarregado de elaborar e conduzir o desenvolvimento das ações do plano nacional (CIPAN). Esse comitê é composto por 26 áreas do governo federal que participaram de sua elaboração e serão

³⁸ MaPA, Instrução Normativa nº 30/2014.

³⁹ Portaria 2.775/2016. Ministério da Saúde.

responsáveis pela implementação do PAN-BR. Além do PAN-BR, alguns órgãos também elaboraram estratégias setoriais de prevenção e controle da AMR.

A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) é a responsável pela organização das ações sobre AMR no âmbito do Ministério da Saúde. Cabe especificamente à Coordenação-Geral de Laboratórios em Saúde Pública, unidade que faz parte da SVS, a elaboração do PAN-BR, a organização e o acompanhamento das atividades sobre o tema. Entre suas áreas específicas de atuação, destacam-se a realização de reuniões técnicas sobre testes de sensibilidade antimicrobiana em âmbito nacional e a habilitação dos laboratórios de referência nacional e regional para a Rede Nacional de Laboratórios em Saúde Pública. Em 2017, portaria do Ministério da Saúde⁴⁰ instituiu o Grupo de Trabalho para análise de Metodologias para Testes de Sensibilidade usadas em Laboratórios de Microbiologia (GT-TSA), com o objetivo de elaborar documentos técnicos sobre as metodologias utilizadas para análises dos testes de sensibilidade aos antimicrobianos (TSA) existentes no Brasil.

A Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde também tem papel de relevância na elaboração do PAN-BR. Com vistas a cumprir o objetivo 2, que trata sobre o conhecimento, as bases científicas e as pesquisas em AMR, realizou-se, em julho de 2017, a “Oficina de Prioridades de Pesquisa em Resistência aos Antimicrobianos”. O objetivo da oficina foi definir prioridades em pesquisas em AMR, para subsidiar a formulação de editais de pesquisa a serem lançados pelo Ministério da Saúde. Como desdobramento das oficinas, definiram-se doze linhas de pesquisas prioritárias sobre AMR para o governo brasileiro. Desde dezembro de 2017, foram lançados sete editais de pesquisa pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Fundação Bill & Melinda Gates, entidade que financia diversas iniciativas relacionadas à pesquisa em saúde.

A AISA compõe o comitê de elaboração do PAN-BR. Além da participação das reuniões regulares do comitê e do acompanhamento do tema junto às unidades do Ministério da Saúde envolvidas, a Assessoria elabora, com o apoio dessas unidades, subsídios e intervenções para apoiar a participação de representantes brasileiros nos eventos internacionais sobre AMR. Nos foros internacionais de saúde, especialmente na OMS, na OPAS e no G20, compete à AISA atuar em representação do Ministério da Saúde, em coordenação com o MRE. Ademais, a AISA também tem sido demandada pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde para acompanhamento de projetos de cooperação que envolvam atores internacionais e o tema da AMR.

A atuação da Anvisa no enfrentamento à AMR é bastante diversificada e envolve atividades de educação, regulação, controle e monitoramento dos antimicrobianos.

⁴⁰ Portaria 33/2017. Ministério da Saúde.

Para isso, a Agência elaborou um plano de ação específico, que conta com ações da vigilância sanitária para prevenção e combate à AMR. Compreendido entre 2017 a 2021, o Plano de Ação da Vigilância Sanitária está contido no PAN-BR e foi construído pela Comissão de Vigilância Sanitária em Resistência de Antimicrobiana, que reúne vinte áreas distintas da Anvisa. Entre os objetivos expressos no Plano da Vigilância Sanitária em AMR, destaca-se o aprimoramento da intervenção sanitária para qualificar a prescrição de antimicrobianos e reduzir seu uso sem prescrição. Outra meta é a qualificação da rede nacional de laboratórios para vigilância e monitoramento da AMR, coordenada com o Ministério da Saúde, os estados e os municípios e contribuirá para ampliar a informação acerca das infecções por patógenos resistentes.

Além das ações na área de saúde animal contempladas no PAN-BR, o MAPA também organizou um plano específico sobre AMR na agropecuária, cujos objetivos são fortalecer o conhecimento e a base científica, monitorar o uso de antimicrobianos por meio de vigilância integrada de AMR e promover práticas agropecuárias sustentáveis. O plano está em fase de validação e pauta-se pela atuação de forma integrada, proporcional, factível e sustentável. Algumas ações desenvolvidas já estão adequadas ao contexto de Saúde Única, a exemplo do “Programa Nacional de Prevenção da Resistência aos Antimicrobianos em Animais”, projeto estratégico do Plano de Defesa Agropecuária no biênio 2016-2017.

O posicionamento do MAPA sobre temas relativos à AMR é cauteloso em relação a recomendações que não estejam fundamentadas em base científica sólida, como, por exemplo, o banimento generalizado dos aditivos melhoradores do desempenho na produção agropecuária. O banimento indiscriminado, segundo os especialistas do setor, poderia aumentar o uso de antimicrobianos terapêuticos em animais e gerar riscos de inocuidade alimentar por aumento da contaminação de carcaças. Para a pasta, também há desconhecimento sobre seu impacto na produtividade e na saúde pública. Ademais, as ações propostas pelo MAPA objetivam, ainda, maior enfoque aos antimicrobianos criticamente importantes para a OMS.

Apesar de contemplar essas diferentes perspectivas, inerentes ao modelo de abordagem de Saúde Única, o PAN-BR busca equilibrar o posicionamento dos diferentes setores envolvidos para a construção de um posicionamento nacional único acordado em relação a essa matéria. Para a definição de posições do Brasil em foros internacionais que tratam da AMR, a AISA mantém estreito contato e coordenação com as instituições supramencionadas, com vistas a defender um posicionamento governamental coeso com os interesses nacionais e respaldado nas práticas e nas experiências domésticas. Essa práxis fortalece o posicionamento do Brasil como ator engajado em matéria de AMR no plano global.

O Brasil esteve ativamente envolvido desde o princípio das discussões da OMS que levaram à aprovação do Plano de Ação Global, atuou em conjunto com os países

do G77 para assegurar a aprovação de uma declaração de alto nível que contemplasse os interesses e as necessidades dos países em desenvolvimento no âmbito da Assembleia Geral da ONU, em 2016, e segue coordenando posições sobre a matéria com os demais BRICS no âmbito do G20. Ao promover a abordagem de Saúde Única como balizadora do posicionamento do Brasil sobre essa matéria no âmbito internacional, a AISA baseia essas ações em princípios coerentes com a atuação tradicional do Brasil em matéria de saúde nos foros multilaterais. Consequentemente, a projeção internacional do país como ator importante para discussão dessa matéria é fortalecida. Para o benefício do posicionamento histórico da política externa brasileira, o multilateralismo é, dessa maneira, reconhecido como espaço apropriado para a discussão e a adoção de decisões que impactam as realidades de todos os países, atentando-se, de maneira especial, aos interesses e às necessidades dos países em desenvolvimento, em prol da saúde das populações mais vulneráveis.

Os principais desafios impostos ao PAN-BR residem na instituição das estratégias de prevenção e controle da AMR como política de Estado e na garantia de financiamento para sua implementação. A execução descentralizada do plano também é um desafio importante, sobretudo pelos papéis desempenhados pelos estados e municípios brasileiros na tarefa. Cabe a todas as instituições governamentais envolvidas na temática promover a conscientização de todos – indivíduos, profissionais da saúde, agricultores, empresários e gestores públicos – para que o problema seja adequadamente enfrentado. Como consequência desse êxito doméstico, o papel desempenhado pelo Brasil sobre essa matéria no plano internacional será fortalecido.

4 Considerações finais

A introdução da última classe de novo antibiótico foi registrada há quase três décadas⁴¹. Apesar das inúmeras iniciativas recentes para o enfrentamento à AMR, ainda falta mensurar a magnitude e o impacto das infecções causadas pelos patógenos resistentes na saúde humana e na saúde animal.

Como demonstrado pela evolução de tratativas e abordagens sobre AMR nos foros internacionais, o conflito e a concorrência de interesses pode representar, por vezes, obstáculo à sedimentação de uma perspectiva definitiva dessa agenda no plano global. A abordagem proposta para o enfrentamento da AMR, marcada pelo caráter multissetorial, acrescenta desafios à busca de consensos.

De um lado, a indústria farmacêutica justifica a lacuna em inovação pelos baixos incentivos ao desenvolvimento de medicamentos e métodos diagnósticos inovadores;

⁴¹ Disponível em: <https://www.gov.uk/government/publications/health-matters-antimicrobial-resistance/health-matters-antimicrobial-resistance_>. Acesso em: 27 jun. 2018.

de outro, as populações mais vulneráveis e com acesso limitado aos sistemas de saúde padecem por agravos decorrentes do baixo investimento e do reduzido interesse comercial, em razão do preço elevado para desenvolvimento de novas drogas; por seu turno, governos de países em desenvolvimento carecem de mecanismos financeiros e tecnológicos que encurtem as distâncias entre ofertantes e demandantes desses insumos de saúde.

Para o Brasil, o equilíbrio entre a eficácia dos antimicrobianos e a expansão do acesso a medicamentos, vacinas e métodos de diagnóstico é parte fundamental da promoção do acesso universal à saúde. Por essa razão, o país defende que, de modo a garantir a disponibilidade de acesso aos antimicrobianos, não pode haver retrocessos em matéria de propriedade intelectual, logro histórico dos países em desenvolvimento no âmbito dos foros multilaterais apropriados. Para o Brasil, o uso de medicamentos genéricos, o licenciamento voluntário e o recurso a flexibilidades de propriedade intelectual previstas no Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS) são fatores que contribuem para promover o acesso à saúde e devem ser preservados nos mecanismos eventualmente estabelecidos para enfrentar a AMR. Sem negar o devido reconhecimento dos direitos de propriedade intelectual e a valorização da inovação, da pesquisa e do desenvolvimento em matéria de saúde pública, o que o Brasil defende é que se deve promover a desvinculação entre os valores investidos em pesquisa e os preços finais do produto, como medida para evitar que novos insumos e tecnologias tenham preços exorbitantes que dificultem ou impeçam o acesso a elas pelas populações mais vulneráveis.

Considerando a multiplicidade de iniciativas de países, foros e organizações no combate a AMR, o protagonismo da OMS na discussão é uma posição defendida pelo Brasil, para que haja mais equilíbrio entre os interesses e as necessidades dos países em diferentes níveis de desenvolvimento.

A esse cenário somam-se os desafios de construção e implementação de planos nacionais de enfrentamentos à AMR de maneira coordenada e objetiva. Compete aos países promover o aprimoramento da vigilância da resistência antibacteriana, a colaboração entre redes e centros de pesquisa nessa matéria e a integração entre a saúde humana e a animal.

Nesse contexto, a atuação da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde tem sido instrumental para os avanços alcançados pelo país sobre essa matéria no plano internacional e na construção de consenso interno a respeito dos aspectos técnicos e políticos relacionados a essa temática sensível. Em âmbito nacional, a participação da AISA na elaboração do PAN-BR e no apoio às áreas técnicas afetas tem possibilitado visão mais ampliada sobre a discussão da AMR na agenda de saúde global, permitindo a construção de um posicionamento único de país que conta com respaldo inter-

no e está em sintonia com posições historicamente defendidas pelo Brasil no plano internacional.

Com vistas a permitir a continuidade dessa atuação, em defesa dos interesses do Brasil em matéria de AMR, é fundamental que o esforço conjunto de elaboração do PAN-BR também se veja refletido no engajamento multissetorial para sua implementação. Faz-se necessário seguir ampliando o diálogo entre diferentes setores do governo e a sociedade sobre essa matéria, além de monitorar e aprimorar as ações já existentes. A manutenção do compromisso político e a destinação de recursos financeiros para sua implementação serão essenciais para assegurar o eficaz cumprimento dos compromissos domésticos e internacionais do Brasil em matéria de AMR.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. **Consenso sobre o uso racional de antimicrobianos**. Brasília, 2001.

_____. Portaria nº 854, de 7 de abril de 2016. Comissão para estabelecer ações de vigilância sanitária relativas à resistência microbiana (CVSRM), no âmbito da Anvisa. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 67, 8 abr. 2016. Seção 1, p. 41.

_____. Portaria SDA nº 45, de 23 de maio de 2016. Comissão sobre Prevenção da Resistência aos Antimicrobianos em Animais (CPRA), no âmbito da Secretaria de Defesa Agropecuária. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 98, 24 maio 2016. Seção 1, p. 4.

_____. Portaria nº 2.775, de 22 de dezembro de 2016. Comitê encarregado de elaborar e conduzir o componente do setor saúde do Plano de Ação Nacional de Prevenção e Controle da Resistência aos Antimicrobianos (CIPAN), no âmbito do Ministério da Saúde. Intuição do CIPAN. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 246, 23 dez. 2016. Seção 1, p. 164.

CONRAD, P. A.; MEEK, L. A.; DUMIT, J. Operationalizing a One Health approach to global health challenges. **Comparative Immunology, Microbiology and Infectious Diseases**, v. 36, p. 211-216, 2013.

CASTRO, M. S. et al. Tendências na utilização de antimicrobianos. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 5, p. 553-558, 2002.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **About Antimicrobial Resistance**. 2018. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/drugresistance/about.html>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

COLLIGNON, P. The importance of a One Health approach to preventing the development and spread of antibiotic resistance. **Curr. Top Microbiol. Immunol.**, v. 366, p. 19-36, 2013. doi: 10.1007/82_2012_224.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS. **The FAO Action Plan on Antimicrobial Resistance 2016-2020: Supporting The Food And Agriculture Sectors In Implementing the Global Action Plan on Antimicrobial Resistance to Minimize The Impact of Antimicrobial Resistance**. Rome, 2016.

OIE. World Organisation for Animal Health. **The OIE Strategy on Antimicrobial Resistance and the Prudent Use of Antimicrobials**. Paris, 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Brasil em reunião de alto nível sobre resistência antimicrobiana**. 21 set. 2016. Disponível em: <<http://www.unmultimedia.org/radio/portuguese/2016/09/discursu-brasil-em-reuniao-de-alto-nivel-sobre-resistencia-antimicrobiana/?app=2&lang=pt#.wccbltirIcs>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

O'NEILL, J. Antimicrobials in Agriculture and the Environment: Reducing Unnecessary Use and Waste. **The Review on Antimicrobial Resistance**. 2015. Disponível em: <<http://amr-review.org/sites/default/files/Antimicrobials%20in%20agriculture%20and%20the%20environment%20-%20Reducing%20unnecessary%20use%20and%20waste.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

_____. Tackling a crisis for the health and wealth of nations. **The Review on Antimicrobial Resistance**. 2015. Disponível em: <<http://amr-review.org/publications>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

_____. Tackling Drug-Resistant Infections Globally: Final Report and Recommendations. **The Review on Antimicrobial Resistance**. 2016. <http://amr-review.org/sites/default/files/160518_Final%20paper_with%20cover.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Líderes mundiais se comprometem a agir em relação à resistência antimicrobiana**. 22 set. 2016. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5231:na-onu-lideres-mundiais-se-comprometem-a-agir-em-relacao-a--resistencia-antimicrobiana&Itemid=455>. Acesso em: 23 jan. 2018.

RUSTAM I. AMINOV. A Brief History of the Antibiotic Era: Lessons Learned and Challenges for the Future. **Front Microbiol.**, v. 1, p. 134, 2010. Prepublished online 2010 Oct 29. Published online 2010 Dec 8. doi: <10.3389/fmicb.2010.00134>.

SÁEZ-LLORENS, X. et al. Impact of an antibiotic restriction policy on hospital expenditures and bacterial susceptibilities: a lesson from a pediatric institution in a developing country. **Pediatr. Infect. Dis. J.**, v. 19, p. 200-206. 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Antimicrobial Resistance: Global Report on Surveillance**. Genebra, 2014.

_____. **Executive Board EB136/20**. 136th session. Genebra, 2014.

_____. **Resolution: WHA A68/20 – Antimicrobial resistance**. Draft global action plan on antimicrobial resistance. Genebra, 2015.

_____. **Worldwide Country Situation Analysis: Response to Antimicrobial Resistance**. Genebra, 2015.

_____; FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS; WORLD ORGANISATION FOR ANIMAL HEALTH. **Antimicrobial resistance: a manual for developing national action plans**. Feb. 2016. Version 1.

_____; _____. **Global Action Plan on Antimicrobial Resistance**. 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/antimicrobial-resistance/en/>>. Acesso em: 24 fev. 2018.

O processo de acesso do Brasil à OCDE e as perspectivas para as discussões de saúde

Rafaela Beatriz Moreira Batista¹

Resumo

O Brasil tem-se aproximado da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) desde a década de 1990. Em 2007, o país tornou-se um dos parceiros estratégicos (*key partners*) da Organização, intensificando a participação em seus órgãos e atividades, e, em maio de 2017, formalizou o pedido de acesso à OCDE como membro pleno. Desde então, o governo brasileiro tem envidado esforços para adotar instrumentos jurídicos da OCDE, no marco da legislação e das práticas nacionais, com os objetivos de demonstrar a preparação do país para o processo de acesso e de reforçar o compromisso brasileiro com práticas de políticas públicas consolidadas na Organização.

No que se refere às discussões de saúde, a participação engajada do Brasil na OCDE, caso concretizada a acesso, representará um desafio, considerando-se fatores como a proliferação dos foros internacionais que tratam da normatização de temas de saúde, a capacidade institucional de resposta às novas demandas e as dificuldades decorrentes das assimetrias de poder e de interesses em relação, sobretudo, a países desenvolvidos membros da Organização. Vislumbra-se, por outro lado, a possibilidade de o Brasil fazer uso da oportunidade para avaliar práticas recomendadas no âmbito da OCDE e aportar contribuições da realidade nacional, além de contribuir para diversificar a Organização, apresentando suas experiências e suas perspectivas como país em desenvolvimento de projeção global.

Palavras-chave: Saúde. Multilateralismo. OCDE. Brasil. Política externa brasileira.

1 Introdução: A OCDE

1.1 Breve histórico e objetivos

A Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) foi constituída em 1961, com a finalidade de promover políticas voltadas para alcançar o mais elevado crescimento econômico, nível de emprego e padrão de vida dos países membros, para a expansão do comércio global, multilateralmente, e para a expansão

¹ Graduada em Administração pela Universidade de Brasília (UnB). É servidora do Ministério da Saúde desde 2014.

econômica dos países membros e de países não membros em processo de desenvolvimento (OCDE, 1960).

A OCDE originou-se da reformulação da Organização Europeia para a Cooperação Econômica (OECE), que foi estabelecida, em 1948, para gerir os recursos provenientes do Plano Marshall para a reconstrução europeia, no período seguinte à Segunda Guerra Mundial. (OCDE, [201-]b)

Em julho de 1947, países europeus², liderados pelo Reino Unido e pela França, reuniram-se, na Conferência de Paris, para discutir a criação de um programa de estabilização, com as soluções necessárias³ para o reerguimento de suas economias, que dependeria da cooperação entre os países e da ajuda suplementar externa. Para organizar esses esforços, formou-se o Comitê para a Cooperação Econômica Europeia (CCEE). O CCEE começou a trabalhar em um relatório que seria apresentado ao governo dos EUA em setembro do mesmo ano, em que se demonstravam as possibilidades dos países e os requerimentos necessários, em quantidade de recursos materiais e financeiros, para a recuperação europeia. No documento, o Comitê informou sobre o déficit europeu estimado, para o período 1949-1951, de 22 bilhões de dólares. Do total, foram solicitados aproximadamente 19 bilhões de dólares aos EUA e três bilhões ao Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) (EUA, 1947; OECD, 1997).

Em abril de 1948, o Congresso norte-americano aprovou o *European Cooperation Act*, arcabouço sob o qual foi instituído o *European Recovery Program* (ERP), conhecido como Plano Marshall. A alcunha foi criada em referência ao então secretário de Estado George C. Marshall, que fez, durante discurso na Universidade Harvard em junho de 1947, uma chamada para o desenvolvimento de um programa abrangente para a reconstrução europeia, o que incentivou a criação da CCEE. Ainda que haja divergências sobre os motivos que impulsionaram o Plano, pode-se dizer que foi uma iniciativa diplomática e econômica que visou a lidar com a deterioração da economia e com a ampliação da influência soviética no contexto de empobrecimento da população na Europa ocidental, buscando ampliar a coordenação e a integração entre os países envolvidos (EUA, 1947; EUA, 1948).

Em reunião realizada em março de 1948, os países do CCEE decidiram estabelecer uma estrutura permanente de autocoordenação, para impulsionar a cooperação e

² Os países que assinaram, em 22 de setembro de 1947, o relatório do CCEE foram: Áustria, Bélgica, Dinamarca, França, Grécia, Irlanda, Islândia, Itália, Luxemburgo, Noruega, Países Baixos, Portugal, Reino Unido, Suécia, Suíça e Turquia.

³ De acordo com o relatório do CCEE, o plano de reconstrução deveria ser baseado em quatro pontos: i) grande esforço de produção de cada um dos países participantes, especialmente nas áreas de agricultura, combustível e energia, transporte e a modernização de equipamento; (ii) a criação e a manutenção da estabilidade financeira interna como condição essencial para garantir a plena utilização dos recursos produtivos e financeiros; (iii) o desenvolvimento de cooperação econômica entre os países participantes; (iv) uma solução para o déficit dos países participantes com os EUA, particularmente pelas exportações.

alocar os recursos advindos do Plano Marshall, criando a Organização Europeia para a Cooperação Econômica Europeia (OECE). Esse esforço se traduziu no artigo 1º da Convenção para a Cooperação Econômica Europeia⁴, em que já se consideravam a interligação entre as economias e a importância de ações coordenadas para a redução de barreiras ao comércio entre os membros. Além de ser a organização precursora da OCDE, os princípios para o estabelecimento da OECE formaram as bases para a assinatura do Tratado de Roma, em 1957, que criaria a Comunidade Econômica Europeia (CEE) (OECE, 1948; OCDE, 1997)

Ao final da década de 1950, a existência da OECE estava ameaçada. A organização entrou em declínio depois de 1952, quando o Plano Marshall terminou e as atividades no âmbito da Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN) começaram a ser favorecidas (OCDE, s.d.). Para Hahn (1962), a divergência no desenvolvimento de um conceito de uma área de livre comércio na Europa que fosse aceitável tanto para os Estados membros da Associação Europeia de Livre Comércio (EFTA)⁵ quanto para os países membros da CEE⁶ foi um dos motivos que contribuíram para o fim da OECE.

De modo a superar a dissensão sobre a questão do livre comércio e continuar a bem-sucedida cooperação entre os países membros da OECE, decidiu-se reconstituir a OECE como OCDE, com a inclusão dos Estados Unidos e do Canadá – que já participavam como membros associados da organização desde o começo da década de 1950 – e com os objetivos de assistir os países em desenvolvimento e de oferecer consultas sobre política econômica e comércio para além do continente europeu (CLARKE; THOMPSON, 2011).

De acordo com Leimgruber e Schmelzer (2017), a OCDE foi importante para construir a identidade do capitalismo ocidental durante a Guerra Fria e para a mudança na balança de poder global decorrente do processo de descolonização. A organização representou, naquele momento, complemento econômico à OTAN, contribuindo para a liberalização do comércio e do investimento e para a consolidação do Atlântico

⁴ “As Partes Contratantes concordam em trabalhar em estreita cooperação em suas relações econômicas umas com as outras. Como tarefa imediata, realizarão a elaboração e a execução de um programa conjunto de recuperação. O objetivo desse programa será o de alcançar o mais rapidamente possível e manter um nível satisfatório de atividade econômica sem assistência externa extraordinária, e, para essa finalidade, o programa levará em conta, especialmente, a necessidade das Partes Contratantes de desenvolver suas exportações para países não participantes à máxima extensão possível. Por conseguinte, as Partes Contratantes comprometem-se a fazê-lo, por meio de seus esforços de autoajuda e em um espírito de ajuda mútua, seguindo obrigações gerais e estabelecem uma Organização Europeia para a Cooperação Econômica (...)”. (OECE, 1948).

⁵ O EFTA é uma organização intergovernamental da qual participam Islândia, Liechtenstein, Noruega e Suíça. Foi criada em 1960 por sete Estados membros (Áustria, Dinamarca, Noruega, Portugal, Reino Unido, Suécia e Suíça) para a promoção do livre comércio e da integração econômica entre seus membros.

⁶ A Comunidade Econômica Europeia (CEE) foi uma organização regional que visava a promover a integração econômica entre seus Estados membros. Foi criada pelo Tratado de Roma de 1957. Com a formação da União Europeia (UE), a partir do Tratado de Maastricht (1992), a CEE foi incorporada e renomeada “Comunidade Europeia”, como um dos pilares constitutivos da UE. Em 2009, as instituições da Comunidade Europeia foram absorvidas pela UE, pondo-se fim à estrutura de pilares, e a Comunidade deixou de existir juridicamente.

norte como centro da economia capitalista global (CLIFTON; DÍAS-FUENTES, 2014). Nesse sentido, durante a primeira Reunião Ministerial da organização, definiu-se a meta de aumentar em 50% o produto interno bruto (PIB) dos países membros, de forma conjunta, até o final da década de 1960, o que foi efetivamente alcançado, consolidando o papel da OCDE como “guardiã do capitalismo liberal” (LEIMGRUBER; SCHMELZER, 2017).

A OCDE objetiva, desde os anos 1960, melhorar o desempenho econômico de seus membros e foi, até a década de 1970, um espaço para a tomada de decisões dos países ocidentais e de coordenação entre eles. A partir da emergência do G77⁷, em 1964, a Organização passou a voltar-se para os instrumentos de *soft power*⁸ (BEROUD; HAJDUK, 2015). Na concepção do primeiro secretário-geral da OCDE, Thorkil Kristensen, a Organização deveria trabalhar como um *think tank* catalisador de novas ideias, que seriam propostas pelo Secretariado aos países (LEIMGRUBER; SCHMELZER, 2017).

Apesar da atribuição de promover políticas públicas em diversos assuntos e de auxiliar os países em sua formulação (OCDE, [201-]c), deve-se considerar, igualmente, as dimensões histórica, estratégica e geopolítica da OCDE nas relações de poder e nas negociações entre os Estados.

1.2 Ampliação: diversificação de temas e acesso de novos membros

A composição de países membros da OCDE transformou-se em três momentos diferentes. Com a constituição da Organização, os países membros eram os mesmos da OEEC mais Canadá, Espanha e Estados Unidos. O processo de acesso de novos membros à Organização durou até 1973, quando o Japão (1964), a Finlândia (1969), a Austrália (1971) e a Nova Zelândia (1973) se tornaram membros.

O segundo período de ampliação da OCDE só aconteceu depois da desintegração da União Soviética, já na década de 1990. O México tornou-se país membro em 1994, depois da adesão do país ao Tratado Norte-Americano de Livre Comércio (NAFTA), em 1992. Nos anos seguintes, a República Tcheca e a Polônia, em 1995, a Hungria e a Coreia do Sul em 1996, e a Eslováquia, em 2000, também ingressaram na Organização. Nesse momento, de acordo com Clifton e Días-Fuentes (2014), a acesso de novos paí-

⁷ O Grupo dos 77 (G77) foi estabelecido em 1964, por setenta e sete países em desenvolvimento. Atualmente, conta com 134 países.

⁸ *Soft power*, de acordo com Joseph Nye (1990, 2004), refere-se à habilidade de um Estado atrair e persuadir outros, em vez de empregar meios de coerção ou de pagamento, apoiando-se em recursos como a atração cultural, as ideias, as políticas, os valores e as instituições. A OCDE, ao contrário de instituições como o Fundo Monetário Internacional (FMI), não tem poder de decisão de caráter vinculante para seus membros.

ses⁹ dependia da negociação entre membros da OCDE, que apoiavam diferentes aliados regionais.

Em reconhecimento à importância de expandir a relevância e o alcance da Organização, e considerando a ascensão política e econômica das economias emergentes no início do século XXI, o terceiro período de ampliação da OCDE iniciou-se quando o Conselho da Organização decidiu, em 2007 (OECD, 2007), fortalecer a cooperação com a África do Sul, o Brasil, a China, a Índia e a Indonésia, tornando-os parceiros-chave (*key partners*) da Organização. Não se tratou, nessa ocasião, de acesso dos referidos Estados como membros da OCDE, mas tão-somente de maior aproximação entre a Organização e seus governos. Na mesma ocasião, o Conselho decidiu dar início às tratativas com Chile, Estônia, Israel e Eslovênia, aceitos como membros em 2010, e com a Rússia, cujo processo de acesso foi paralisado em 2014, em resposta à anexação russa da Crimeia. Em 2016, a Lituânia depositou o instrumento de adesão à Convenção da OCDE, tornando-se o 36º membro da Organização. Em maio de 2018, a Colômbia foi formalmente convidada para tornar-se membro da OCDE, havendo o governo colombiano firmado o acordo de acesso durante o encontro do Conselho Ministerial da OCDE realizado no mesmo mês. Sua acesso surtirá efeitos a partir do depósito do instrumento de ratificação da Convenção da OCDE pelo governo colombiano.

1.3 A OCDE e o desenvolvimento de pesquisas e de estudos comparativos transnacionais

A OCDE provê um fórum no qual os governos podem trocar experiências e buscar soluções para problemas comuns. Além disso, produz e emprega dados para desenvolver indicadores e estatísticas que permitam a comparação entre os países, nos mais diversos assuntos (OCDE, 2011).

Segundo McBride (2014), há evidências de conexão causal entre as recomendações elaboradas pela OCDE e as políticas desenvolvidas pelos Estados membros. No entanto, a maior contribuição da Organização para os países é, de acordo com o autor, sua capacidade mediadora e de pesquisa, em que se identificam tendências, problemas comuns e soluções. Verificam-se, ainda, o desenvolvimento de conceitos e a utilização de ferramentas estatísticas que permitem a avaliação das políticas dos Estados membros e não membros em diversas áreas de conhecimento. Eventualmente, definições originadas na OCDE são transpostas para outros documentos e resoluções aprovados em organizações multilaterais mais representativas (MCBRIDE, 2014).

⁹ De acordo com o artigo 16 da Constituição da OCDE, a acesso de novos membros à Organização dá-se por meio de convite do Conselho. Essa decisão deve ser, em princípio, unânime, e a acesso surte efeitos a partir do depósito do instrumento de acesso junto ao governo da França, designado depositário pela Constituição da OCDE (OCDE, 1960).

As recomendações adotadas pelo Conselho Ministerial da OCDE, desenvolvidas por meio de boas práticas e diretrizes, não são vinculantes ou obrigatórias. Sem meios de coerção e operando por consenso, a Organização faz uso frequente de *soft law*¹⁰ em assuntos tão diversos quanto tributação, governança pública, meio ambiente, saúde ou educação. Devido à flexibilidade organizacional e à ampla gama de tópicos que aborda, a Organização pode posicionar-se rapidamente diante de questões emergentes nas discussões internacionais e oferecer ferramentas de *soft law* para lidar com elas (BEROUD; HAJDUK, 2015).

As recomendações da OCDE são produzidas de maneira conjunta. O Secretariado coleta e analisa dados, as políticas são discutidas nos comitês, com a participação dos formuladores de políticas nacionais, e o Conselho adota, por consenso, decisões a serem implementadas pelos Estados membros. A supervisão da implementação dessas decisões é realizada por meio da revisão por pares (OCDE, [201-]c).

Para Leslie Pal (2009, apud BEROUD; HAJDUK, 2015), a OCDE exerce influência por intermédio de instrumentos baseados em pesquisas e informações, com a definição de padrões internacional. No contexto de governança global, as melhores práticas, objetivos e indicadores definidos permitem, com o tempo, que os sistemas se tornem parecidos, que os administradores desses sistemas troquem experiências, utilizem linguagem similar e, em última análise, comecem a coordenar-se em termos de política, mesmo sem a existência de um ente coordenador central.

2 O Brasil e a OCDE: antecedentes e panorama geral

2.1 “Engajamento ampliado” do Brasil: parceria-chave e pedido de acesso como membro pleno

De acordo com Denis Pinto (2000), o relacionamento bilateral entre o Brasil e a OCDE intensificou-se com a ida de missão brasileira à organização, em 1991, ocasião em que o país formalizou, por meio de carta, a intenção de aumentar a colaboração entre as partes. Em 1992, em documento enviado à Organização, o Brasil apontou as seguintes áreas de interesse: a) Departamento Econômico (contabilidade nacional e provisões econômicas); b) Comitê de Revisão Econômica e de Desenvolvimento (EDRC); c) Comitê de Administração Pública; d) Comitê de Indústria; e) Comitê do Aço; f) Comitê do Meio Ambiente. O governo brasileiro expressou, ainda, a vontade de participar do Centro de Desenvolvimento e da Agência Internacional de Energia (AIE)¹¹.

¹⁰ O termo “soft law” refere-se, no âmbito do Direito internacional, aos instrumentos de natureza jurídica não obrigatória, os quais não criam obrigações no campo do Direito positivo.

¹¹ O Centro de Desenvolvimento da OCDE foi estabelecido em 1961, como iniciativa para promover o diálogo entre a Organização e os países em desenvolvimento. O Brasil é membro desde 1994. A Agência Internacional de Energia

O Brasil participa do Comitê do Aço desde 1996 e tornou-se membro pleno do Comitê em 1998.

Em 2007, o Brasil foi convidado a um “engajamento ampliado”, tornando-se um dos cinco parceiros-chave da OCDE, ao lado de África do Sul, China, Índia e Indonésia. Na ocasião, não se declarava eventual aspiração do governo brasileiro em ser admitido como membro pleno da Organização, visando-se apenas à aproximação técnica bilateral.

Em junho de 2015, foi assinado o Acordo de Cooperação e o Programa Conjunto de Trabalho 2016-2017, com vistas a aprofundar a parceria entre o Brasil e a Organização. Em maio de 2017, o governo brasileiro solicitou formalmente o início do processo de acesso à OCDE (BRASIL, 2017c). No mesmo mês, o Brasil pediu a adesão ao Código de Liberalização para o Movimento de Capitais e ao Código de Liberalização de Operações Correntes Intangíveis da Organização, instrumentos legalmente vinculantes que fornecem um arcabouço para que os países eliminem barreiras aos movimentos de capitais, de forma progressiva e não-discriminatória, e aos serviços financeiros e outras transações correntes invisíveis. Em maio de 2018, foi assinado acordo entre o Governo brasileiro e a OCDE, marco inicial do processo formal de avaliação do Brasil pela Organização. Para esse fim, espera-se que o país elabore um relatório sobre as restrições existentes na legislação brasileira, bem como proponha lista de reservas ao investimento direto, antes da defesa de sua adesão aos Códigos.

A evolução histórica do engajamento brasileiro com a OCDE ao longo de quase três décadas revela um movimento de aproximação crescente, inicialmente em nível técnico e culminando, mais recentemente, no interesse de maior aproximação política, o que foi consubstanciado na solicitação de acesso brasileira à Organização. O Brasil tem participação regular em dois terços dos Comitês da OCDE (BRASIL, 2017b), e o governo brasileiro, como parte do processo de preparação para a eventual acesso do país, tem envidado esforços para avaliar a conformidade das diretrizes emanadas da Organização com a legislação e as políticas nacionais.

2.2 Avaliação de compatibilidade entre as políticas e as normas nacionais e o “acquis” da OCDE

Em abril de 2017, antes mesmo da solicitação formal de acesso do Brasil à OCDE, o Governo federal iniciou a avaliação da compatibilidade da legislação brasileira com o acervo e os padrões da Organização (o chamado “acquis”), em iniciativa coordenada pela Casa Civil da Presidência da República e pelo Ministério das Relações

(AIE) foi fundada em 1974 e é uma plataforma para diálogo e fonte de troca de dados de última geração no setor de energia. O Brasil associou-se à Agência em outubro de 2017 (BRASIL, 2017d).

Exteriores, no âmbito do Grupo Interministerial de Trabalho sobre a OCDE. A expectativa, com essa iniciativa, é que o Brasil solicite a adesão ao maior número possível de instrumentos antes do início formal do processo de acessão. Nesse sentido, o governo brasileiro notificou sua adesão a 31 novos instrumentos, considerados compatíveis com as práticas nacionais, na primeira semana de setembro de 2017. O Brasil já adotou ou está em processo de adoção de pelo menos 107 dos 240 instrumentos normativos da Organização (BRASIL, 2017b).

Tomando como exemplo o “mapa do caminho” da recente acessão da Lituânia à OCDE, o país poderia posicionar-se das seguintes formas em relação aos instrumentos legais: a) aceitar; b) aceitar com prazo específico para implementação; c) aceitar com reservas e observações; d) rejeitar (OCDE, 2015).

Na divisão inicial de tarefas entre os órgãos do Governo federal, o Ministério das Relações Exteriores ficou responsável por receber os subsídios e organizá-los, na planilha do “acquis”, da seguinte maneira: a) instrumentos de fácil adesão, que coincidem com as diretrizes de políticas e que não conflitam com a atual legislação brasileira; b) instrumentos que não conflitam com a atual legislação brasileira, mas que não coincidem com as diretrizes vigentes de políticas do Brasil; c) instrumentos que divergem das diretrizes de políticas e que conflitam com a atual legislação brasileira.

Passada a análise preliminar, a Casa Civil tem organizado reuniões e tem solicitado que os órgãos governamentais competentes elaborem avaliação aprofundada dos instrumentos, com vistas a identificar eventuais conflitos ou incompatibilidades com a legislação e/ou com as práticas e as diretrizes brasileiras ou, ainda, que sejam objetos de divergência entre as partes responsáveis pela avaliação.

Até julho de 2018, o Ministério da Saúde realizou a análise de compatibilidade de 31 instrumentos da OCDE, entre recomendações, decisões e declarações, referentes a temas de saúde ambiental, saúde do trabalhador, ciência e tecnologia e governança de dados. A Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA) é a unidade responsável, na estrutura institucional do Ministério da Saúde, pela coordenação das atividades relacionadas à acessão brasileira à OCDE. Em contato com as unidades técnicas responsáveis pelos respectivos temas, a AISA tem apoiado esse processo de verificação de compatibilidades. Como resultado desse esforço, na avaliação do Ministério da Saúde, não houve, até o momento, óbices para a adesão do Brasil à maioria dos instrumentos da área, o que demonstra o elevado grau de adequação normativa aos padrões e às práticas preconizados pela OCDE no âmbito das políticas nacionais de saúde.

A acessão do Brasil à OCDE é considerada prioridade para o Governo brasileiro, razão pela qual têm sido envidados esforços, no âmbito da administração pública federal, para realizar a supramencionada avaliação de compatibilidade normativa e política aos referidos instrumentos, em esforço para demonstrar não apenas a efetiva dispo-

sição do país em tornar-se Estado membro, mas também o alinhamento das políticas nacionais com as práticas adotadas no âmbito da Organização (BRASIL, 2017b).

Em virtude da expectativa de maior engajamento brasileiro em reuniões das comissões e dos grupos de trabalho da organização, bem como em participar de pesquisas e análises comparativas, foi designada uma equipe específica para cuidar dessa agenda na embaixada do Brasil em Paris, liderada pelo embaixador Carlos Márcio Cozendey (NUNES, 2018). O início efetivo de eventual processo de acessão brasileira à Organização, entretanto, ainda depende de sua aprovação pelo Conselho da OCDE.

3 O Brasil e a OCDE: as discussões de saúde

3.1 A multiplicação e a sobreposição de foros que tratam de saúde

Ao longo das últimas décadas, a governança global da saúde passou a conviver com a multiplicação de organizações – governamentais e não governamentais –, iniciativas, coalizões e grupos de interesses variados que trabalham com temas de saúde, atuando, muitas vezes, de forma fragmentada e pluralizada. Além da sobrecarga de trabalho gerada para os Ministérios da Saúde, ocasionada por essa proliferação de foros, verifica-se ainda, em alguns casos, conflitos de interesses com as autoridades nacionais de saúde, situação particularmente grave em países de menor desenvolvimento relativo. Ademais, apresentam-se riscos de que diversas iniciativas em matéria de saúde sejam concorrentes e não produzam os resultados esperados, com alocação inadequada de recursos humanos e financeiros. Problemas como a falta de transparência, de monitoramento e de mecanismos que garantam a execução dos projetos e o alcance dos objetivos são, dessa maneira, recorrentes (GOSTIN; MOK, 2009). Da mesma maneira, a inter-relação entre os interesses econômicos de setores específicos e as políticas desenvolvidas por um grupo de países no âmbito internacional, particularmente por países desenvolvidos, apresentam desafio adicional para países que, como o Brasil, defendem a garantia do acesso universal à saúde como direito constitucional.

Os temas de saúde são reconhecidamente transversais a outras agendas. Existe, no âmbito das Nações Unidas, uma instância com mandato específico para tratar desse assunto, a Organização Mundial da Saúde, regionalmente representada pela Organização Pan-Americana da Saúde. Nesse sentido, embora seja relevante alçar a saúde para o centro das discussões multilaterais em diversos âmbitos, devido ao impacto da saúde e do bem-estar nas sociedades e no desenvolvimento dos países, verifica-se, também, que a multiplicação de iniciativas políticas e técnicas, muitas vezes em sobreposição umas às outras, pode enfraquecer os resultados logrados e provocar trabalho adicional para os Estados em suas políticas públicas. Por essa razão, o Brasil tem defendido que as diversas instâncias de debate sobre questões de saúde contribuam para o fortalecimento

do sistema multilateral de saúde, evitando-se possíveis efeitos adversos dessa multiplicação de foros. Deve-se cuidar, também, para que os debates e as reuniões promovam resultados pragmáticos e mensuráveis, principalmente considerando a crescente importância do tema de saúde nas discussões internacionais.

O cenário atual de governança global da saúde é multifacetado e apresenta, portanto, riscos e oportunidades. É de responsabilidade de todos, e particularmente dos gestores governamentais responsáveis pela elaboração de políticas de saúde, zelar para que essa diversidade de iniciativas globais contribua para somar esforços voltados para a saúde das populações em primeiro lugar.

A inserção dos temas de saúde em foros que, originalmente, não tinham esse mandato também apresenta desafios à atuação internacional nessa matéria. Se, por um lado, a incorporação de temas de saúde em foros de cunho inicialmente econômico, como o BRICS e o G20, por exemplo, pode contribuir para ampliar a visibilidade conferida à saúde na agenda internacional e reforçar a concertação política entre os países nessa matéria, por outro, deve-se atentar para a importância da definição de mandatos, objetivos e padrões de atuação dessas instâncias, com vistas a evitar sua desvinculação do propósito de promoção da saúde.

No âmbito do BRICS, esse esforço tem-se revelado bem-sucedido¹². Desde a primeira Reunião de Ministros da Saúde do agrupamento – realizada em 2011, na China (BRASIL, 2011), as autoridades governamentais dos cinco países têm discutido temas prioritários comuns para suas políticas nacionais de saúde, como o desenvolvimento de pesquisas e o enfrentamento às doenças transmissíveis. A agenda de combate à tuberculose, por exemplo, ganhou evidência com a aprovação do Plano de Cooperação em TB dos BRICS, em 2016, e com a instituição, em 2017, da Rede de Pesquisa em TB no âmbito do Plano. Os BRICS também têm avançado na concertação política de temas de saúde em áreas de interesse mútuo nos âmbitos da Organização Mundial da Saúde e de outras instâncias globais que tratam da matéria.

Em 2017, durante a presidência *pro tempore* da Alemanha do G20, realizou-se a primeira Reunião de Ministros da Saúde no âmbito do agrupamento, inicialmente concebido para a coordenação de medidas de política financeira. A criação de uma instância para debate de questões de saúde no âmbito do G20 representou, dessa maneira, uma ampliação de seu mandato inicial. Ainda que a atuação do G20 em matéria de saúde tenha promovido, durante a presidência alemã, a abordagem de temas caros aos países desenvolvidos – como resistência antimicrobiana e emergências de saúde –, o Brasil buscou promover o equilíbrio dos debates, considerando as necessidades e os interesses dos países em desenvolvimento. Como resultado, o documento final apro-

¹² Ver, a esse respeito, o artigo “A concertação política e a cooperação em saúde no BRICS”, de Eduardo Shigueo Fujikawa.

vado foi equilibrado, conciliando os distintos pontos de vista existentes no âmbito do agrupamento e reiterando princípios caros ao Brasil: a importância do acesso à saúde, o fortalecimento do multilateralismo no âmbito da OMS, a atenção especial aos países em desenvolvimento, entre outros. Ressaltou-se, na declaração adotada pelos ministros da Saúde em Berlim, a necessidade de tornar os sistemas de saúde fortes e resilientes, com vistas a aumentar a capacidade de resposta às crises e aos desafios globais. Mencionou-se a importância da saúde para a construção de uma sociedade sustentável, considerando os determinantes sociais de saúde¹³ e a correlação entre o assunto e o desenvolvimento econômico e a produtividade. No documento, os ministros reconheceram, ainda, a liderança da OMS e comprometeram-se a trabalhar conjuntamente com a Organização (G20, 2017).

Nas últimas três décadas, com a crescente valorização dos temas sociais na agenda internacional, a inter-relação entre o desenvolvimento nos âmbitos econômico, social e ambiental foi trazida para o centro das discussões multilaterais. Consagrada no conceito de “desenvolvimento sustentável”, essa concepção tem-se traduzido na adoção de políticas nacionais e internacionais voltadas para esse tema, atualmente amparadas pela Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável.

A OCDE, embora fundada em objetivos notadamente econômicos, tem promovido iniciativas de crescente integração com áreas relacionadas ao âmbito social diretamente vinculadas à promoção do crescimento sustentável, ao aumento do emprego, do investimento e do comércio, ao aumento dos padrões de vida. Dessa maneira, o desenvolvimento e o apoio a políticas sobre educação, saúde e proteção social, considerando o impacto negativo da desigualdade e da falta de inclusão na economia global, têm sido vertentes importantes do trabalho recentemente desenvolvido pela Organização (OCDE, 2011).

3.2 A acessão do Brasil à OCDE e as discussões sobre saúde: desafios e oportunidades

Entre as críticas realizadas à potencial acessão do Brasil à OCDE, destacam-se aquelas relacionadas à eventual perda de soberania nacional em matéria de políticas públicas, particularmente frente aos interesses dos membros desenvolvidos da Organização. A influência de países desenvolvidos sobre o Secretariado poderia, dessa maneira, enviesar o desenvolvimento de boas práticas característico da histó-

¹³ Os determinantes sociais da saúde são, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Essas circunstâncias são influenciadas por fatores como a distribuição de renda, poder e recursos nos níveis global, nacional e local. Esses determinantes sociais da saúde são os grandes responsáveis pelas desigualdades de saúde verificadas dentro dos países e entre eles (OMS, [201-]).

ria da Organização, em prejuízo para a autonomia dos demais membros (BEROUD; HAJDUK, 2015).

No que concerne especificamente ao tema deste artigo, devem-se considerar as peculiaridades do sistema de saúde brasileiro, bem como seus efeitos na política externa nacional, e os desafios que o país poderá enfrentar no âmbito da acessão à OCDE.

O Sistema Único de Saúde (SUS), o maior sistema universalizado de saúde do mundo, foi criado pela Constituição Federal de 1988, que garante o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde como dever do Estado e direito de todos. Como parte dos esforços para operacionalizar esse direito social, o Brasil tem-se posicionado, na esfera internacional, em defesa da saúde como direito, com especial atenção aos interesses e às necessidades dos países em desenvolvimento e com ênfase no fortalecimento do multilateralismo. Ressalta-se, nesse sentido, o fortalecimento da atuação do Ministério da Saúde ao longo das últimas três décadas em temas como: acesso a medicamentos, buscando a conciliação entre propriedade intelectual e as necessidades da saúde pública; controle do tabaco; tratamento universal de pessoas com HIV/aids; cooperação técnica Sul-Sul, com foco no desenvolvimento de capacidades dos países e na sustentabilidade das iniciativas; cooperação humanitária, entre outros. A saúde global ocupa, dessa maneira, lugar de destaque como um dos grandes temas da política externa brasileira atual.

A eventual acessão do Brasil à OCDE poderia possibilitar a participação do país na discussão estratégica e na formulação de conceitos e práticas que poderão ser, posteriormente, levados para debate em foros mais representativos. Ao aportar a perspectiva de um país em desenvolvimento de projeção global e engajado na defesa de princípios tradicionalmente vinculados à defesa do direito à saúde, o Brasil poderia contribuir não apenas para conferir equilíbrio às diferentes perspectivas na Organização, mas também para que os trabalhos nela conduzidos possam contribuir, de maneira efetiva, para assegurar a saúde e o desenvolvimento como dimensões complementares. O Brasil poderá, dessa maneira, fazer uso da OCDE como plataforma, não comumente reservada a países em desenvolvimento, para reiterar os pilares da política externa brasileira em saúde, como: a importância da cooperação Sul-Sul para o fortalecimento das capacidades institucionais dos países, com a transferência de práticas e de conhecimentos; a importância da construção de sistemas de saúde resilientes e capazes, com atenção aos determinantes sociais; a concepção de saúde como direito humano; e a defesa de temas caros ao país, como o acesso a medicamentos, o desenvolvimento de capacidades e a perspectiva multidimensional da saúde (FPGH, 2007; ALMEIDA et al., 2010).

A esse respeito, as críticas referentes às possíveis dificuldades de conciliação de posições com países desenvolvidos no âmbito da OCDE, os quais “dominariam” a agenda da Organização, demandam reflexões mais aprofundadas. A alegação de que se trataria de um “clube dos ricos” no qual países em desenvolvimento, como o Brasil,

ficariam isolados não reflete, por um lado, a complexa realidade de posições em matéria de saúde adotadas pelos países desenvolvidos e não se coaduna, por outro, com o histórico da participação ativa da diplomacia nacional na defesa de seus interesses no plano internacional.

Em primeiro lugar, a evolução recente dos debates internacionais de saúde em foros como a OMS ou o G20 e as iniciativas de cooperação internacional Norte-Sul que vêm sendo realizadas pelo Brasil nessa matéria têm demonstrado que a tentativa de categorização de países desenvolvidos e países em desenvolvimento como dois grupos homogêneos e de interesses diametralmente opostos está distante da realidade contemporânea. Diversos países desenvolvidos, muitos deles membros da OCDE, compartilham das preocupações e dos posicionamentos centrais adotados pelo Brasil em diversos aspectos de matérias de saúde. O Brasil não estaria, portanto, isolado em suas posições na OCDE ao lado dos poucos outros membros em desenvolvimento¹⁴ que a compõem.

O Ministério da Saúde está, atualmente, engajado na elaboração e na execução de projetos de cooperação com Austrália, Canadá, Dinamarca, França e Reino Unido, por exemplo, além de promover e fortalecer as já tradicionais relações em matéria de pesquisa, ciência, tecnologia e inovação em saúde com os Estados Unidos¹⁵. Ainda que se verifiquem, em agendas específicas, divergências de posicionamento entre o Brasil e alguns desses países em matéria de saúde, isso não tem impedido a ampliação do relacionamento externo do Ministério da Saúde com países desenvolvidos de maneira significativa em anos recentes, tendo como objetivo central o fortalecimento da saúde pública brasileira.

Além disso, mesmo nos foros multilaterais de representação universal, como a Organização Mundial da Saúde, o posicionamento de alguns países desenvolvidos é, sabidamente, obstáculo frequente ao avanço de negociações em diversas áreas. Considerar que esses países defenderiam posições extremas em favor de interesses próprios na OCDE e abririam mão desses interesses em foros como a OMS poderia ser simplificação distante da realidade prática. As eventuais dificuldades decorrentes das divergências de posicionamentos no âmbito da OCDE podem ser semelhantes, em grande maneira, às já experimentadas nos foros multilaterais de abrangência universal. Nos foros multilaterais, o Brasil é tradicionalmente reconhecido por seu papel de construtor de consensos. Sem descuidar de princípios tradicionais de inserção internacional que lhe são caros, o Brasil tem promovido, historicamente, uma atuação

¹⁴ Chile, México e Turquia. A Colômbia é país em desenvolvimento em processo de acesso.

¹⁵ Exemplo do relacionamento recente com os Estados Unidos em matéria de saúde está nas diversas frentes de atuação na resposta ao vírus zika desde 2016. Ver, a esse respeito, o documento “Plano de Cooperação em Saúde para o Enfrentamento do Vírus Zika – Monitoramento e Resultados”, publicado pelo Ministério da Saúde do Brasil e pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos em maio de 2018 (BRASIL, 2018d).

multilateral caracterizada pela busca persistente do interesse nacional. A competência negociadora fundamental para lidar com pontos de vista contrastantes e encontrar caminhos possíveis de diálogo e entendimento é característica da diplomacia brasileira, e a participação do país na OCDE poderia diversificar os pontos de vista abordados na Organização, em defesa de interesses tradicionalmente caros ao país.

Ainda que haja um predomínio de membros desenvolvidos na OCDE, verifica-se que problemas comuns afetam os sistemas de saúde de todo o mundo, como: o aumento dos gastos com saúde e os desafios de um financiamento sustentável dos sistemas; o aumento da expectativa de vida e a transição demográfica; e o aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Encontrar caminhos para lidar com esses desafios é uma tarefa que poderá se beneficiar das experiências e dos pontos de vista de países em situações diversas, inclusive em termos de desenvolvimento. O Brasil tem dado, ao longo dos últimos trinta anos, demonstrações efetivas de que tem papel importante a desempenhar nessa matéria.

É notório, ainda, que a OCDE, ao contrário do que se verifica em outras organizações internacionais, não tem poder de imposição de normas ou padrões a seus membros. As decisões e as recomendações emanadas da Organização são adotadas, como regra fundamental, pelo acordo mútuo de todos os membros e não se aplicam àqueles que se abstiverem em uma votação. A soberania estatal na elaboração de políticas públicas segue sendo, dessa maneira, plenamente respeitada, e não se apresenta o risco de que um membro seja eventualmente forçado a adotar políticas das quais discorde, por exemplo.

Como discutido anteriormente, um dos objetivos da OCDE é construir conhecimento a partir dos dados informados pelos países, e uma das iniciativas realizadas é a publicação anual do *Health at Glance*. Nessa publicação, foram desenvolvidos indicadores específicos para avaliar o desempenho geral da saúde dos países em determinadas áreas consideradas mais relevantes para compreender o panorama global. Mesmo imperfeito, esse tipo de esforço agregador, que envolve trabalhar com uma quantidade massiva de dados, permite comparar países e avaliar a evolução de cada um deles, bem como observar as tendências dos problemas da saúde global¹⁶. Considerando-se que o Brasil é um parceiro-chave da OCDE, já existem, em várias categorias, dados comparativos da situação geral da saúde do país em relação aos demais Estados de engajamento ampliado e aos países membros.

A publicação mais recente da OCDE sobre saúde é o *Health at Glance 2017*, que tem o objetivo de apresentar comparação da situação de saúde das populações e do desempenho do sistema de saúde nos países membros e no países parceiros da

¹⁶ A OMS também publica estatísticas anuais com os dados mais recentes de seus 194 Estados membros, o *World health statistics*, cuja publicação mais recente (2018) teve enfoque no monitoramento dos objetivos de desenvolvimento sustentável (OMS, 2018).

Organização, com enfoque em saúde pública. O arcabouço conceitual do documento baseia-se na prerrogativa de que o objetivo final dos sistemas de saúde é melhorar a situação da saúde da população, e os determinantes sociais de saúde são considerados na análise. Os indicadores foram desenvolvidos de modo a avaliar o desempenho dos países em cinco aspectos: (i) estado da saúde da população; (ii) fatores de risco para a saúde; (iii) acesso aos serviços de saúde; (iv) qualidade e resultados da atenção à saúde; e (v) recursos para a atenção à saúde (OCDE, 2017).

O SUS, sistema público e universal de saúde, descentralizado e com a participação das três esferas de governo, é de criação relativamente recente, e ainda existem desafios para operacionalizar o direito constitucional à saúde em várias frentes. Não se pode esperar, evidentemente, que o país apresente indicadores de saúde semelhantes, em todos os aspectos, aos dos países desenvolvidos ou à média da OCDE. Apesar disso, é notório o avanço significativo de todos os principais indicadores de saúde no Brasil ao longo das últimas três décadas. Ferramentas como *Health at Glance* podem ser úteis, portanto, não como iniciativa de mero ranqueamento entre os países participantes, mas, sobretudo, como subsídios para a tomada de decisões e para a melhoria das políticas públicas. Ademais, é possível acompanhar a evolução dos indicadores ao longo dos anos e corrigir possíveis recuos. Os indicadores abrangidos não cobrem, é claro, todas as dimensões possíveis – nem todas elas objetivamente mensuráveis – do acesso e do usufruto do direito à saúde. De todo modo, podem auxiliar a compor o quadro amplo de informações que poderá auxiliar gestores das três esferas de governo a buscar melhorias no sistema público de saúde.

No que concerne à tábua de mortalidade brasileira, verificou-se, em 2016, uma expectativa de vida de 75,8 anos para a população geral. Em 1940, a expectativa era de 45,5 anos. Para a população masculina, a expectativa de vida em 2016 era de 72,2 anos, menor em comparação à média dos países da OCDE, de 77,9 anos. Para a população feminina, a média dos países da OCDE é de 83,1 anos, ao passo que, no Brasil, era de 79,4 anos. A expectativa geral da população brasileira na idade de 65 anos era de mais 18,5 anos, próxima à média dos países da OCDE, de 19,5 anos.

Em 2016, a maior mortalidade da população masculina em relação à população feminina estava concentrada nos adultos jovens da população masculina, o que pode ser explicado pela maior incidência dos óbitos por causas externas ou não naturais. Embora a mortalidade infantil ainda seja relativamente alta e incida, principalmente, nos grupos e nas regiões mais vulneráveis, o aumento do gasto *per capita* em saúde e as ações relacionadas à cobertura vacinal – uma das maiores do mundo –, à alimentação, à amamentação e ao fortalecimento da atenção primária têm auxiliado na redução da mortalidade geral da população brasileira.

Em comparação aos dados do Chile e do México, países em desenvolvimento e da região que são membros plenos da OCDE, a expectativa de vida da população

masculina brasileira é semelhante à mexicana, de 73,3 anos, também abaixo da média da Organização. Os indicadores do Chile aproximam-se da média da OCDE, com a expectativa de vida da população masculina de 76,5 anos.

Em relação aos gastos com saúde, a média da OCDE é de 9% do PIB. O Brasil está acima da média. Em 2015, o consumo final de bens e serviços de saúde no Brasil foi de R\$ 546 bilhões, 9,1% do PIB, em comparação à despesa de 8% do PIB, em 2010. Entretanto, considerando o modelo misto do sistema de saúde no Brasil, nota-se que, desse total, apenas R\$ 231 bilhões (3,9% do PIB) corresponderam a despesas de consumo do governo, e R\$ 315 bilhões (5,2% do PIB), a despesas de famílias e instituições a serviço das famílias (IBGE, 2017; OCDE, 2017).

Apesar de o aumento das despesas públicas com a saúde ser positivo, governos ao redor de todo o mundo têm se preocupado com a sustentabilidade dos gastos, considerando fatores como a transição demográfica, o aumento de doenças não transmissíveis e as limitações comuns em períodos de crise econômica, nos quais a retração do PIB e as restrições fiscais decorrentes afetam a quantidade de recursos disponíveis para investimentos públicos, inclusive na área social. A eficiência dos gastos é, nesse sentido, fundamental para a qualidade e a resiliência dos sistemas.

A recente expansão da OCDE, de acordo com Clifton e Días-Fuentes (2014), seria justificada pela emergência dos países em desenvolvimento no cenário global. Para os autores, o trabalho de construção e de transferência de políticas e de boas práticas da Organização dependem da capacidade de cobrir uma parcela relevante de países, da obtenção de dados de qualidade e de tendências sobre a economia global, do aumento de experiência política com países em desenvolvimento e da necessidade de adequar as políticas da OCDE às realidades nacionais dos países do Sul global.

A participação do Brasil e de outros países em desenvolvimento na OCDE já tem contribuído para que a Organização se torne mais representativa, tendência que deverá se ampliar diante da acessão brasileira. O papel tradicional de normatização da OCDE em diversas áreas, não apenas na saúde, é notório. Diversas deliberações oriundas da Organização terminam por influenciar os debates globais conduzidos tanto dentro dos países quanto no âmbito de outras organizações internacionais. Essa já é, portanto, uma realidade. Ao participar efetivamente da OCDE como membro pleno, o Brasil poderá contribuir, com sua experiência e sua capacidade de construção de consensos, para que seus interesses e suas perspectivas sejam ali representados. Não se trata, evidentemente, de tarefa fácil. O Ministério da Saúde terá papel importante a desempenhar para a superação desses desafios.

A participação do Ministério da Saúde nas atividades e reuniões realizadas pela OCDE tem sido, de modo geral, reduzida. A designação de setor específico da AISA para acompanhamento de temas relacionados à OCDE é recente, e o efetivo engaja-

mento das áreas técnicas do Ministério da Saúde em uma multiplicidade de iniciativas e grupos técnicos de trabalho da Organização ainda é um desafio.

A verificação de terminologias empregadas na Organização e de suas correspondências com os termos de uso consagrado nacionalmente, as demandas de dados e informações que se encontram dispersos em diversas áreas do Ministério da Saúde ou são de competência compartilhada com outros entes federativos e a conscientização sobre a utilidade prática do dispêndio de recursos humanos e financeiros para essas atividades, por exemplo, exigirão paulatina adequação de fluxos e procedimentos, com vistas a permitir a participação regular e mais efetiva do país nos foros de saúde da OCDE. É necessário, ainda, compreender melhor de que forma os indicadores empregados pela Organização são construídos e aplicados e qual a importância de sistematização desses dados, com vistas a subsidiar a atuação mais qualificada do país em matéria de saúde na OCDE.

A AISA desempenha, portanto, papel fundamental não apenas para a intermediação dos contatos entre os foros específicos da OCDE e as unidades técnicas responsáveis no Ministério da Saúde, mas também para assegurar a coerência e a efetividade da participação do Brasil na Organização em temáticas afetas à saúde. No contexto, atualmente em curso, de análise de compatibilidade para a adesão a instrumentos da OCDE, por exemplo, a AISA tem centralizado as demandas no Ministério da Saúde e promovido articulação com as áreas técnicas competentes para a avaliação dos documentos e com a Casa Civil da Presidência da República e com o Ministério das Relações Exteriores, responsáveis pelo processo no âmbito do Governo federal.

Independentemente da concretização do processo de acesso do Brasil à OCDE, o exercício de interlocução, no âmbito do Governo federal e, particularmente, do Ministério da Saúde, sobre tópicos candentes da agenda de saúde da Organização poderá contribuir para a sistematização de práticas e procedimentos internos de produção e disseminação de dados, para o compartilhamento de melhores práticas referentes a políticas de interesse nacional e para difusão de iniciativas e de políticas públicas brasileiras bem-sucedidas junto à comunidade internacional, por exemplo. Ao aprofundar seu engajamento com a OCDE, qualquer que seja seu status de filiação à Organização, o Brasil poderá contribuir para aportar novas perspectivas e interesses caros ao país em matéria de saúde. A atuação internacional do país em saúde será, assim, fortalecida. Consequentemente, serão beneficiadas a saúde e a sociedade brasileiras.

4 Considerações finais

As reflexões sobre a pertinência de acesso de um país como o Brasil à OCDE têm ensejado, tradicionalmente, diversos debates políticos, econômicos e sociais sobre a matéria, os quais ganharam novo impulso no último ano, desde a formalização do

pedido de acesso. Para além dos motivos econômico-financeiros, cujo escopo foge aos propósitos deste artigo, o governo brasileiro também menciona o interesse em defender os interesses do Brasil, ao buscar a inserção em espaços estratégicos de tomada de decisões (NUNES, 2018).

No contexto de uma ordem internacional multipolar e multifacetada, em que os países em desenvolvimento têm conquistado maior relevância no cenário internacional, a participação do Brasil em novos espaços pode ser estratégica. Nesse cenário de poder difuso e de múltiplas expressões dos interesses globais, para além dos conceitos tradicionais de poder militar, não há incompatibilidade entre a participação de um país como o Brasil em uma pluralidade de foros internacionais. Pelo contrário. Se, por um lado, a multiplicidade de foros pode apresentar desafios à coerência das ações internacionais desenvolvidas, por outro, trata-se de realidade inexorável da ordem internacional contemporânea.

Ator tradicionalmente reconhecido por sua capacidade de construção de consensos e por posições de política externa baseadas em princípios basilares, como o universalismo, o pragmatismo e a defesa do desenvolvimento e dos direitos humanos, o Brasil tem promovido, nos diversos foros internacionais de que participa em matéria de saúde, posições consolidadas de defesa dos avanços sociais alcançados na sociedade brasileira desde a Constituição de 1988. A participação pragmática do país na OCDE poderá conferir, dessa maneira, maior visibilidade às suas políticas e fortalecer sua inserção no cenário internacional. Da mesma maneira, a diversidade de experiências poderá beneficiar também a OCDE, com a ampliação de seus horizontes e escopos de atuação, o que poderá tornar seus debates e recomendações de políticas mais democráticos, legítimos e representativos.

Referências

- ALMEIDA, C.M. et al. A concepção brasileira de 'cooperação Sul-Sul estruturante em saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/696>>. Acesso em: 20 abr. 2018.
- BARBOSA FILHO, F. H. A crise econômica de 2014/2017. **Estud. av.**, São Paulo, v. 31, n. 89, p. 51-60, Abr. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142017.31890006>>. Acesso em: 20 abr. 2018.
- BEROUD, S.; HAJDUK, T. L'OCDE et les bonnes pratiques. Une histoire inseparable. In: LES BONNES pratiques des organisations internationales. Paris: Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.). Relations internationales, 2015. Chapitre 2. p. 61-77. Disponível em: <<https://www.cairn.info/les-bonnes-pratiques-des-organisations-internation--9782724617207-page-61.htm>>. Acesso em: 27 fev. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **BRICS defendem ação conjunta de enfrentamento à tuberculose em reunião da OMS**. 26 jan. 2018a. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/>>

agencia-saude/42407-brics-defendem-acao-conjunta-de-enfrentamento-a-tuberculose-em-reuniao-da-oms>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **BRICS realizam 1º Encontro da Rede de Pesquisa de Tuberculose**. 14 set. 2017a. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/aisa/noticias-aisa/29582-brics-realizam-1-encontro-da-rede-de-pesquisa-de-tuberculose>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. Ministério das Relações Exteriores. **Nota à imprensa nº 155, de 14 de abril de 2011**. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/notas-a-imprensa/2569-declaracao-de-sanya--reuniao-de-lideres-do-brics-sanya-china-14-de-abril-de-2011>>. Acesso em: 27 fev. 2018.

_____. Ministério das Relações Exteriores. **Nota à imprensa nº 302, de 6 de setembro**. 2017b. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/notas-a-imprensa/17401-adesao-do-brasil-a--novos-instrumentos-da-ocde>>. Acesso em: 27 fev. 2018.

_____. Presidência da República. **Governo brasileiro formaliza pedido para entrar na OCDE**. 30 maio 2017c. Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/acompanhe--planalto/noticias/2017/05/governo-brasileiro-formaliza-pedido-para-entrar-na-ocde>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. Ministério das Relações Exteriores. **Nota à imprensa nº 362, de 30 de outubro de 2017**. 2017d. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/notas-a-imprensa/17743-associacao-do-brasil-a-agencia-internacional-de-energia>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

_____. Ministério das Relações Exteriores. **Nota à imprensa nº 34, de 22 de fevereiro de 2018**. 2018b. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/notas-a-imprensa/18300-visita-do-ministro--das-relacoes-exteriores-e-cooperacao-internacional-da-italia-angelino-alfano-brasilia-22-de-fevereiro-de-2018>>. Acesso em: 27 fev. 2018.

_____. Ministério das Relações Exteriores. **Nota à imprensa nº 41, de 28 de fevereiro de 2018**. 2018c. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/notas-a-imprensa/18347-visita-do-secretario--geral-da-ocde-angel-gurria-brasilia-28-de-fevereiro-de-2018>>. Acesso em: 27 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de Cooperação em Saúde para o Enfrentamento do Vírus Zika – Monitoramento e Resultados**. 2018d. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/maio/28/Plano-de-ZIKA-2-anos-de-revisao---port-21Maio2018.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2018.

CLARKE, R.; THOMPSON, L. **A majestic start**: How the OECD was won, 2011. OECD Observer. Disponível em: <<http://www.oecdobserver.org/news/fullstory.php/aid/3492/>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

CLIFTON, J.; DÍAZ-FUENTES, D. The OECD and ‘The Rest’: Analyzing the Limits of Policy Transfer. **Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice**, v. 16, n. 3, p. 249-265, 4 Jun. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/13876988.2013.877674>>. Acesso em: 28 fev. 2018.

EMPRESA BRASIL DE COMUNICAÇÃO. **Brasil é um dos países com maior cobertura de vacinação, mostra relatório**, 2017a. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/internacional/noticia/2017-09/brasil-e-um-dos-paises-com-maior-cobertura-de-vacinacao>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. **Gastos com saúde crescem mesmo em meio à crise e atingem 9,1% do PIB**, 2017b. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2017-12/gastos-comsaude-crescem-mesmo-em-meio-crise-e-atingem-91-do-pib>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

FPGH. Oslo Ministerial Declaration. Global health: a pressing foreign policy issue of our time. **The Lancet**, v. 369, Issue 9570, p. 1373-1378, Apr. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.thelancet.com>> Acesso em: 20 abr. 2018.

GOSTIN, L. O.; MOK, E. A. Grand challenges in global health governance. **British Medical Bulletin**, v. 90, p.7-18, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/bmb/ldp014>>. Acesso em: 28 fev. 2018.

GROUP OF TWENTY. **Berlin Declaration of G20 Health Ministers: Together Today for a Healthy Tomorrow**. 2017. Disponível em: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/G20-Gesundheitsministertreffen/G20_Health_Ministers_Declaration_engl.pdf>. Acesso em: 20 abr. 18.

HAHN, H. J. Continuity in the Law of International Organization: Part Two: Continuity from OEEC to OECD. **Duke Law Journal**, v. 1962, n. 4, pp. 522-557, 1962. Disponível em: <www.jstor.org/stable/1371319>. Acesso em: 14 jun. 2018.

IBGE. **Conta-satélite de saúde: Brasil: 2010-2015**, Coordenação de Contas Nacionais. Rio de Janeiro, 2017 Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101437.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil 2016**: breve análise da evolução da mortalidade no Brasil, 2016. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2016/tabua_de_mortalidade_2016_analise.pdf>. Acesso em: 20 abr. 18.

JAKOVLJEVIC, M. et al. Evolving Health Expenditure Landscape of the BRICS Nations and Projections to 2025. **Health Econ.**, v. 26, p. 844-852, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/hec.3406>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

LEIMGRUBER, M.; SCHMELZER, M. **The OECD and the International Political Economy Since 1948**. Palgrave Macmillan: Cham, Switzerland, 2017.

MARINHO, A.; CARDOSO, S. S.; ALMEIDA, V. V. Avaliação comparativa de sistemas de saúde com a utilização de fronteiras estocásticas: Brasil e OCDE. **Rev. Bras. Econ.**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 1, p. 3-19, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71402012000100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 fev. 2018.

MCBRIDE, S. **OECD and Transnational Governance**. Vancouver: UBC Press, 2014. Disponível em: <<https://www.ubcpres.ca/asset/9467/1/9780774815543.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2018.

NUNES, A. Um Brasil renovado numa OCDE renovada. **O Estado de São Paulo**, 16 jan. 2018. Disponível em: <<http://opinioao.estadao.com.br/noticias/geral,um-brasil-renovado-numa-ocde-renovada,70002152165>>. Acesso em: 28 fev. 2018.

NYE, J. S. Soft Power. **Foreign Policy**, n. 80, p. 153-171, 1990. Disponível em: <www.jstor.org/stable/1148580>. Acesso em: 14 jun. 2018.

_____. **Soft power: the means to success in world politics**. Cambridge, MA: Public Affairs, 2004.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E O DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. **History**. [201-]a. Disponível em: <<http://www.oecd.org/about/history/>>. Acesso em: 26 fev. 2018.

_____. **Organisation for European Economic Co-operation.** [201-]b. Disponível em: <<http://www.oecd.org/general/organisationforeuropeaneconomicco-operation.htm>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

_____. **Convention on the Organisation for Economic Co-operation and Development, 1960.** Disponível em: <<http://www.oecd.org/general/conventionontheorganisationforeconomicco-operationanddevelopment.htm>>. Acesso em: 26 fev. 2018.

_____. **Better Policies for better lives: The OECD at 50 and beyond:** OECD Publishing, 2011. Disponível em: <<http://www.oecd.org/about/47747755.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2018.

_____. **Chair's summary of the OECD Council at Ministerial Level, Paris, 15/16 May 2007 – Innovation: Advancing the OECD Agenda for Growth and Equity, 2007.** Disponível em: <<http://www.oecd.org/newsroom/chairsummaryoftheoecdCouncilatministeriallevelparis15-16may2007-innovationadvancingtheoecdagendaforgrowthandequity.htm>>. Acesso em: 26 fev. 2018.

_____. **What we do and how.** [201-]c. Disponível em: <<https://www.oecd.org/about/whatwedoandhow/>>. Acesso em: 27 fev. 2018.

_____. **OECD Code of Liberalisation of Capital Movements.** [2018]. Disponível em: <<http://www.oecd.org/investment/investment-policy/codes.htm>>. Acesso em: 27 fev. 2018.

_____. **Roadmap for the accession of Lithuania to the OECD Convention.** OECD Publishing, 2015. Disponível em: <<http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?co-pte=C%282015%2992/FINAL&docLanguage=En>>. Acesso em: 28 fev. 2018.

_____. **Health at a Glance 2017:** OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en>. Acesso em 28 fev. 2018.

_____. **OECD 50th Anniversary Vision Statement,** 2011. Disponível em: <<http://www.oecd.org/mcm/48064973.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

_____. **Explorations in OEEC History:** OECD Publishing, Paris, 1997. Disponível em: <<https://doi.org/10.1787/9789264067974-en>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

ORGANIZAÇÃO EUROPEIA DE COOPERAÇÃO ECONÔMICA. **Convention for European Economic Co-operation.** Paris, 16 abr. 1948. Disponível em: <https://www.cvce.eu/en/obj/convention_for_european_economic_cooperation_paris_16_april_1948-en-769de8b-7-fe5a-452c-b418-09b068bd748d.html>. Acesso em: 14 jun. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **About social determinants of health.** [201-]. Disponível em: <http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. **World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals.** Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255336/9789241565486-eng.pdf;jsessionid=909D4FF2010916AA2FFECE-57C6FBDE4F?sequence=1>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

PINTO, D. F. S. **OCDE: uma visão brasileira.** Brasília: Funag, 2000. Disponível em: <http://funag.gov.br/loja/index.php?route=product/product&product_id=297>. Acesso em: 14 jun. 2018.

UNITED STATES. Department of State. Division of Publications. **Committee of European Economic Co-operation**. Paris, Sep. 21, 1947. Disponível em: <<https://hdl.handle.net/2027/umn.31951d035630235?urlappend=%3Bseq=1>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

_____. Department of State. Office of the Historian. **Marshall Plan**, 1948. Disponível em: <<https://history.state.gov/milestones/1945-1952/marshall-plan>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

WATT, N. F.; GOMEZ, E. J.; MCKEE, M. Global health in foreign policy – and foreign policy in health? Evidence from the BRICS. **Health Policy and Planning**, v. 29, Issue 6, p. 763-773, 1 Sep. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/heapol/czt063>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

A Década de Ação para a Nutrição: compromissos, desafios e o fortalecimento da saúde na agenda de segurança alimentar e nutricional

Lorenza Longhi¹

Resumo

O artigo pretende apresentar a evolução recente do conceito de segurança alimentar e nutricional no contexto brasileiro e no âmbito global. Também traz breve histórico da construção das políticas nacionais de segurança alimentar e nutricional e de seu sistema de governança intersetorial para fundamentar o posicionamento nos foros multilaterais e nas iniciativas que o Ministério da Saúde vem promovendo no âmbito da Década de Ação para a Nutrição das Nações Unidas.

Palavras-chave: Segurança alimentar e nutricional. Alimentação. Multilateralismo. ONU. Década de Ação para a Nutrição.

1 Introdução: O conceito de segurança alimentar e nutricional no Brasil e no mundo

Ter alimentos saudáveis, seguros, variados, adequados e suficientes, de forma permanente e contínua, em nossa mesa, e poder consumi-los entre amigos, em família ou em nosso grupo social é a imagem que mais se aproxima, atualmente, do conceito de segurança alimentar e nutricional defendido no Brasil. Por trás dessa aparente singela refeição, contudo, também há outros conceitos de igual importância, tais como: a garantia de um trabalho decente na terra – para todos e todas –, a redução das distâncias entre o campo e a mesa, a valorização das tradições culinárias locais e regionais, o acesso à água, a adoção de medidas de educação alimentar e nutricional, entre vários outros. Além de ter evoluído significativamente ao longo dos anos, o conceito de segurança alimentar e nutricional desdobra-se em várias frentes. Mas nem sempre foi assim.

No âmbito global, o histórico mais recente em torno de um conceito de segurança alimentar refere-se às discussões decorrentes da grave crise alimentar mundial de meados da década de 1970. À época, os fatores considerados desencadeadores da crise foram destacados na Conferência Mundial de Alimentação, realizada em 1974, pela

¹ Graduada em Administração de Empresas na Pontifícia Universidade Católica (PUC) de São Paulo e mestre em Psicologia Social na London School of Economics (LSE), no Reino Unido. Desde 2001, atua em projetos e programas relacionados a políticas sociais, especialmente nas temáticas da violência, da assistência social, da alimentação e da nutrição e, mais recentemente, temas relacionados à saúde da criança e da mulher.

Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO). Tal análise levou os países das Nações Unidas a centrar o debate acerca da segurança alimentar na produção, no comércio e nos estoques globais de alimentos. A ideia era que, assegurando um fornecimento adequado de alimentos por meio do controle da produção, da estabilidade dos preços e do estabelecimento de reservas, poder-se-ia garantir que nova crise não se repetiria. Assim, naquele ano, os países participantes da Conferência acordaram que a definição de segurança alimentar seria a “disponibilidade, em todos os momentos, de suprimentos mundiais adequados de alimentos básicos para sustentar uma expansão constante do consumo de alimentos e para compensar as flutuações na produção e nos preços” (FAO, 2003)².

No entanto, o foco inicial da atenção no abastecimento alimentar, na oferta e, em certa medida, na estabilidade de preços dos alimentos básicos rapidamente demonstrou-se insuficiente para enfrentar o problema. A evidência mais concreta foi que o sucesso da chamada “Revolução Verde”, que denomina o conjunto de transformações tecnológicas na área agrícola em meados do século XX, não levou a reduções automáticas nos níveis globais de desnutrição, fome e pobreza (MALUF et al., 1996). Concluiu-se, naquele momento, que era preciso também olhar para o lado da demanda como foco de atenção e priorização no enfrentamento à insegurança alimentar.

Nas últimas décadas, o conceito de segurança alimentar passou a ser expandido e apurado, incorporando não apenas preocupações com a oferta e a demanda de alimentos, mas também as dimensões relacionadas ao acesso (físico e econômico) ao alimento, à sua segurança, ao equilíbrio nutricional, às diferentes culturas alimentares e - por que não? - à saúde e ao bem-estar de cada indivíduo e das comunidades.

Assim, o conceito largamente utilizado até os dias atuais foi consensuado na Conferência Mundial sobre Alimentação da FAO de 1996, incorporando a natureza multidimensional da segurança alimentar e incluindo quatro dimensões consideradas chaves: acesso, disponibilidade, uso e estabilidade³ (FAO, 1996). Consolidou-se, desde então, em nível global, que a histórica correlação simplista entre segurança alimentar, fome e fracassos na produção agrícola estaria ultrapassada (DEVEREUX; MAXWELL, 2001).

Em nível nacional, a discussão sobre o tema também se transformou de maneira progressiva. Não é exagero dizer que o Brasil e a América Latina, de forma mais ampla, tiveram uma construção histórica pioneira na problemática alimentar. Basta lembrar

² Tradução nossa. O conceito de segurança alimentar definido na Conferência Mundial de Alimentação da FAO, de 1974, é: “availability at all times of adequate world food supplies of basic foodstuffs to sustain a steady expansion of food consumption and to offset fluctuations in production and prices” (FAO, 2003).

³ Conforme a Declaração de Roma sobre Segurança Alimentar Mundial, “food security exists when all people, at all times, have physical and economic access to sufficient, safe and nutritious food that meets their dietary needs and food preferences for an active and healthy life” (FAO, 1996).

que Josué de Castro, um dos fundadores da FAO, já na década de 1940, vislumbrou na fome a expressão biológica de males sociológicos (CASTRO, 1980).

No início da década de 1990, o Movimento pela Ética na Política, mesma iniciativa que impulsionou o processo de *impeachment* do presidente Fernando Collor, ajudou a difundir a informação, recém-publicada no “Mapa da Fome” do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 1993), de que, nos campos e nas cidades brasileiras, havia cerca de 32 milhões de miseráveis. Das crianças menores de cinco anos, mais de 30% estavam desnutridas.

A mobilização inicial a favor do *impeachment* acabou por incorporar as bandeiras do enfrentamento à desigualdade social e da ampliação do acesso a direitos básicos, fortalecidas por iniciativas como a Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida, capitaneada pelo sociólogo Herbert de Souza, o Betinho, e amparada por diversas outras entidades da sociedade civil, como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Cáritas, representando a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), a Central Única dos Trabalhadores (CUT), o Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (Ibase), o Instituto de Estudos Socioeconômicos (Inesc) e a Associação Nacional de Dirigentes de Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes). A conjuntura tornara-se propícia para a realização da I Conferência Nacional de Segurança Alimentar, em 1994, na qual vários segmentos da sociedade tiveram a oportunidade de debater e colocar em evidência as preocupações comuns em torno da fome, da miséria e da exclusão de milhões de brasileiros. A pauta era ampla, mas as reivindicações tinham um ponto em comum evidente: a ampliação do acesso a direitos fundamentais ao grande e histórico contingente de excluídos no país.

Outro passo fundamental no mesmo período foi a criação, em 1993, do Conselho Nacional de Segurança Alimentar (Consea), órgão de aconselhamento da Presidência da República. O Consea, embora tenha tido suas atividades suspensas entre 1994 e 2003, foi e ainda é ator-chave na governança em segurança alimentar e nutricional no Brasil e contribuiu para conferir ao tema da fome certo protagonismo na agenda política. A partir daí, ampliou-se a adoção do conceito de segurança alimentar na elaboração das políticas públicas, não somente no nível federal, mas também nos entes estaduais e municipais (MALUF *et al.*, 1996).

Esse processo levou à elaboração do conceito brasileiro atualmente empregado, que teve como base o documento aprovado na II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, em 2004, e foi posteriormente incorporado na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (Losan), de 2006 (BRASIL, 2006). Nos termos da Losan, a segurança alimentar e nutricional define-se como “a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que

sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis”. Há mais de dez anos, portanto, o Brasil já incorporava à legislação sobre o tema referências a práticas sustentáveis de produção, à multisetorialidade e à perspectiva de direitos humanos.

A Losan foi sancionada na esteira do mesmo movimento fomentado pelo governo brasileiro com a proposta do programa Fome Zero, lançado em 2003, integrando um conjunto de políticas e ações que tinham como meta impulsar o enfrentamento à desnutrição e à fome no país, alçando o tema como agenda prioritária do governo nacional. Para além do engajamento governamental e institucional para a implementação da nova agenda da segurança alimentar e nutricional na pauta das políticas públicas brasileiras, o forte protagonismo da sociedade civil nessa matéria tem contribuído para a implementação efetiva da Losan, mantendo o tema da segurança alimentar e nutricional na pauta de reivindicações sociais.

2 A Década de Ação para a Nutrição (2016-2025): da erradicação da fome ao enfrentamento a todas as formas de má nutrição

Em abril de 2016, a Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU) proclamou, por meio da Resolução 70/259 (ONU, 2016b), a Década de Ação para a Nutrição (2016-2015), reconhecendo a

necessidade de erradicar a fome e prevenir todas as formas de má nutrição em todo o mundo, em particular a desnutrição, o déficit de crescimento, o baixo peso e o sobrepeso em crianças menores de 5 anos de idade e a anemia em mulheres e crianças, entre outras deficiências de micronutrientes, além de reverter as tendências crescentes em sobrepeso e obesidade e reduzir o peso das doenças não transmissíveis relacionadas com a dieta em todas as faixas etárias (tradução nossa).

O objetivo de constituição dessa “Década de Ação” é coordenar esforços, de diversos setores, para o efetivo enfrentamento a todas as formas de má nutrição, partindo de uma perspectiva ampliada que reconhece que as principais causas e fatores que contribuem para os diferentes desfechos nutricionais são complexos e multidimensionais (FAO, 2017). Embora o mundo tenha registrado importantes avanços na área de segurança alimentar e nutricional, os desafios nutricionais enfrentados por muitos países continuam crescendo e se transformando, exigindo constante comprometimento e forte liderança política. A AGNU, nessa ocasião, afirmou que não seria possível combater a má nutrição sem resolver fatores determinantes, tais como pobreza, desemprego, desigualdade e inequidade, falta de saneamento básico, falta de acesso à educação e à saúde.

A resolução reconheceu a existência de novos desafios que também contribuem para o agravamento da nutrição: países ou regiões em situação de conflito ou pós-con-

flito, crises humanitárias e mudanças do clima. A resolução definiu, também, que a implementação da Década de Ação para a Nutrição será coordenada pela FAO e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em estreita colaboração com o Programa Mundial de Alimentos (PMA), o Fundo Internacional para o Desenvolvimento Agrícola (IFAD) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef).

2.1 Principais marcos de referência: ICN2 e Agenda 2030

Para colocar em prática a Década de Ação para a Nutrição, busca-se catalisar e facilitar o alinhamento de esforços contínuos de todos os setores envolvidos, governamentais e não governamentais, para promover um movimento global que tenha coerência com as políticas nacionais, regionais e globais desenvolvidas nessa matéria.

Em última instância, o objetivo da Década da Nutrição é acelerar a implementação de compromissos globais já assumidos pelos países em fóruns multilaterais para acabar com a fome e com todas as formas de má nutrição, não tendo sido negociadas novas metas. A Década definiu um marco temporal ao longo do qual se buscará o efetivo engajamento global para a matéria, fortalecendo a coordenação e a integração das iniciativas já acordadas e estimulando a adoção de novas iniciativas e compromissos correlatos.

No âmbito da Década, reconhece-se que existem movimentos locais, nacionais, regionais e globais que devem ser fortalecidos. São destacados, em particular, os documentos resultantes da II Conferência Internacional de Nutrição (ICN2): a Declaração de Roma (FAO, 2014b) e seu Quadro de Ação (FAO, 2014a); os objetivos de Nutrição Global e de Doenças Crônicas Não Transmissíveis relacionados à Alimentação até 2025 (OMS, [2018]) e a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável.

No caso da Agenda 2030, a grande pauta global para o desenvolvimento sustentável, que visa acabar com a pobreza, promover a prosperidade e o bem-estar de todos e proteger o meio ambiente, o tema da nutrição está direta ou indiretamente relacionado a 6 de seus 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), sendo o segundo destinado exclusivamente ao tema: “acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável” (ONU, 2015). Sem dúvida, a implementação da agenda prevista para a Década poderá, também, contribuir para o alcance de praticamente todos os ODS, uma vez que não existe desenvolvimento sem acesso a uma alimentação saudável e adequada. O caráter transversal e intersetorial da saúde e, em especial, da segurança alimentar e nutricional revela-se, portanto, componente fundamental para a promoção do desenvolvimento sustentável em todo o mundo.

A Declaração de Roma sobre Nutrição e as recomendações de seu Quadro de Ação, ambos os documentos resultantes da ICN2, são tomadas como base para a orga-

nização dos seis pilares que orientam as ações em nutrição no âmbito da Década. São eles:

- Sistemas alimentares sustentáveis e promotores de alimentação saudável;
- Sistemas de saúde alinhados, provendo cobertura universal de ações essenciais de saúde;
- Proteção social e educação nutricional;
- Comércio e investimento para uma melhor nutrição;
- Ambientes promotores da alimentação e do aleitamento materno;
- Revisão, fortalecimento e promoção da governança em nutrição e prestação de contas.

Os seis eixos temáticos que organizam os grupos de ações da Década deixam claro que o enfrentamento da má nutrição só é possível com um conjunto de políticas complementares e intersetoriais. Reconhece-se não ser viável combater a fome pensando somente em aumentar a produção de alimentos, tampouco pensar na desnutrição como a única consequência da má alimentação, especialmente com os crescentes números de obesidade e do sobrepeso apresentados pelas populações ao redor do mundo. A maior parte dos países convive hoje com múltiplos desfechos da má nutrição, ou seja, apresentam, simultaneamente, altas taxas de desnutrição infantil, anemia entre mulheres e obesidade adulta e infantil. Em vista disso, é fundamental olhar para todas as etapas que compõem o sistema alimentar, desde a produção no campo até o consumo à mesa, e avançar em políticas, em cada setor específico envolvido, que permitam o acesso, durante todo ano, a alimentos apropriados e que preencham as necessidades nutricionais dos indivíduos e que promovam dietas alimentares saudáveis e seguras.

3 Agenda compartilhada por vários atores: políticas intersetoriais e o papel da saúde

A evolução das políticas de segurança alimentar no Brasil está em consonância com os seis pilares do plano de trabalho da Década de Ação e corroboram o entendimento de que o enfrentamento a todas as formas da má nutrição só é possível com um conjunto de políticas complementares e intersetoriais que tenham como finalidade um sistema alimentar sustentável e que produza alimentos saudáveis.

Por meio do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan) (BRASIL, [201-]), também criado pela Losan, os órgãos governamentais (municipais, estaduais e federais) e as organizações da sociedade civil atuam em conjunto na formulação e na implementação de políticas de promoção da segurança alimentar e nutricional. Além do Consea, representando o espaço de participação e controle social, o Sisan também conta com uma instância de coordenação governamental, a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (Caisan), integrada por vinte

ministérios e presidida pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). A Caisan “tem por finalidade promover a articulação e a integração dos órgãos e entidades da administração pública federal afetos à área de segurança alimentar e nutricional” (BRASIL, 2007). Sua primeira competência é “elaborar, a partir das diretrizes emanadas do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – CONSEA, a política e o plano nacional de segurança alimentar e nutricional”. Exemplo dessa articulação é a obrigatoriedade da aquisição de, no mínimo, 30% dos produtos da agricultura familiar para a alimentação escolar.

O direito à saúde é indissociável do direito à alimentação adequada⁴. Para além da promoção, os cuidados integrais com a saúde também abarcam ações de prevenção de doenças e fatores de risco, além de ser sobre os sistemas de saúde que recaem os ônus da insegurança alimentar e nutricional, manifestada por diversas formas de má nutrição. São fartas as evidências científicas que comprovam que a crescente epidemia de doenças crônicas não transmissíveis, hoje responsável por 70% das mortes no mundo⁵, está diretamente relacionada às dietas e às mudanças nos estilos de vida (OMS, [2014]). Dietas não saudáveis, junto ao consumo de tabaco, ao uso nocivo de álcool e à baixa atividade física, são os quatro principais fatores de risco que impulsionam o aumento dessas doenças.

Da mesma forma que um conjunto de políticas intersetoriais foi responsável pelos importantes avanços que o Brasil teve no enfrentamento à desnutrição e à fome⁶ nas últimas décadas, é preciso também olhar para a dimensão social das doenças crônicas e das demais consequências da má nutrição. A garantia da segurança alimentar e nutricional exige o constante aperfeiçoamento das políticas públicas, de forma integrada e complementar, priorizando, em conjunto com a saúde, aspectos como educação, renda, saneamento, urbanização, apoio à agricultura familiar, acesso a alimentos adequados e saudáveis e a melhoria de todo o sistema alimentar, desde a produção até a distribuição e o consumo.

4 A liderança da região das Américas na agenda de segurança alimentar e nutricional

O Brasil apresentou à 60ª sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas a proposta de resolução que levou à adoção da Década de Ação para a Nutrição. Em seu

⁴ A Constituição Brasileira de 1988 reconhece a saúde como um direito social. O direito à alimentação foi incluído no ano de 2010, por meio da Emenda Constitucional nº 64.

⁵ Incluem doenças cardíacas, acidente vascular cerebral (AVC), alguns tipos de câncer, diabetes e doença pulmonar crônica.

⁶ O Brasil saiu do chamado “Mapa Mundial da Fome” em 2014, segundo dados publicados no relatório o “Estado da Insegurança Alimentar no Mundo da Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura” (FAO, 2014).

discurso, o representante permanente do Brasil junto às Nações Unidas, o embaixador Antonio de Aguiar Patriota, reforçou o entendimento construído historicamente no Brasil acerca da dimensão social da fome e da má nutrição e convocou os países a enfrentar suas causas primordiais, que são, em grande parte, resultantes da pobreza e da desigualdade (ONU, 2016a)⁷.

O governo brasileiro teve, juntamente a outros países da região, como Argentina, Chile, Colômbia, Equador e México, papel protagonista na articulação que resultou nessa resolução. Essa liderança reflete a importância da região na questão alimentar e na defesa do direito humano à alimentação.

Um ano antes, em 2015, a América Latina e o Caribe foram considerados exemplo global, por ter sido a primeira região do mundo a cumprir a meta sobre desnutrição dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), ou seja, reduzir pela metade a fome, que passou de 14,7%, no biênio 1990-1992, para 5,5%, no período 2014-2016. Além de ter registrado avanços expressivos no combate à pobreza e à fome, a região também é grande produtora de alimentos.

O fortalecimento das políticas sociais e as mudanças nos sistemas alimentares têm o potencial de gerar efeitos positivos como a ampliação de acesso a direitos básicos e a redução das desigualdades. Por outro lado, têm, também, provocado mudanças preocupantes nos padrões de consumo alimentar e no estado nutricional de suas populações. Pesquisas mostram a redução do consumo de produtos *in natura* e o aumento no consumo de alimentos ultraprocessados ou com alta quantidade de açúcar, sal e gordura na América Latina, fatores que explicam o crescimento considerável do sobrepeso e da obesidade na maioria dos países da região (CASTRO, 2017). Ao mesmo tempo, essa realidade coexiste com prevalências persistentes de fome e desnutrição em populações específicas.

Durante a 35ª Conferência Regional da FAO para América Latina, realizada em Montego Bay, na Jamaica, em março de 2018, o diretor-geral da organização, José Graziano da Silva, afirmou que “erradicar a fome não deve ser a única preocupação em uma região na qual o sobrepeso afeta 7% das crianças com menos de cinco anos e na qual 20% dos adultos dos 24 países são obesos” (ONU, 2018).

Particularmente sobre o Brasil, a governança em torno das políticas de segurança alimentar e nutricional é considerada referência internacional, por ter alcançado resultados concretos e reduzido de forma expressiva a fome e a desnutrição. Entre as iniciativas brasileiras consideradas mais bem-sucedidas, destacam-se o Programa Bolsa Família, o Programa Nacional de Alimentação Escolar e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

⁷ Intervenção realizada em 01/04/2016.

Em termos de enfrentamento à obesidade, a região tem vivenciado experiências de políticas públicas inovadoras, como a taxação de refrigerantes no México, a nova rotulagem de alimentos no Chile e no Peru e a publicação, no Brasil e no Uruguai, de guias alimentares baseados em refeições e que adotam a classificação de alimentos conforme seu grau de processamento. Há, decerto, grande expectativa de que a região atue de forma coordenada para que a Década alcance resultados concretos e permita avanços substanciais na agenda da segurança alimentar e nutricional. Por essa razão, o Ministério da Saúde tem buscado promover, por meio de ação integrada entre a Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA) e a Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), iniciativas voltadas ao fortalecimento da agenda de segurança alimentar e nutricional nas Américas, engajando os países da região em iniciativas concretas voltadas ao fortalecimento da Década e ao efetivo cumprimento de seus objetivos.

5 Compromissos e Redes de Ação do Brasil

Em maio de 2016, a Assembleia Mundial da Saúde (AMS), por meio da Resolução WHA 69/8, solicitou que a diretora-geral da OMS trabalhasse em coordenação com o diretor-geral da FAO, “para apoiar os Estados membros, mediante solicitação, no desenvolvimento, no fortalecimento e na implementação de suas políticas, programas e planos para enfrentar os múltiplos desafios da má nutrição e convocar reuniões periódicas inclusivas para compartilhar as melhores práticas, incluindo a consideração de compromissos específicos, mensuráveis, alcançáveis, relevantes e com prazo determinado (“SMART”)⁸ (OMS, [2016]), no âmbito da Década de Ação da ONU para a Nutrição” (FAO, 2017).

Diante desse pedido, a OMS elaborou um Plano de Trabalho para a Década de Ação para a Nutrição. O documento traz recomendações e indica mecanismos pelos quais os países e outras partes interessadas devem colaborar para atingir os objetivos da Década. O Plano descreve objetivos, princípios orientadores, ações prioritárias, modalidades de engajamento e papéis dos Estados membros e de outras partes interessadas.

Para além dos compromissos SMART, indica-se, também, o estabelecimento de Redes de Ação como mecanismos catalisadores para o seu cumprimento. Segundo o Plano, as Redes de Ação devem ser formadas por grupos de países que apresentam interesses comuns em temas específicos na agenda da segurança alimentar e nutricional, tendo como objetivos: promover a criação, o fortalecimento de políticas e/ou legislação sobre a matéria; fomentar iniciativas de cooperação técnica; compartilhar boas práticas nos temas específicos.

⁸ Do inglês, “specific, measurable, attainable, realistic and time-bound”.

Diante dessa proposta de trabalho, a AISA, de forma coordenada com a CGAN, construiu uma estratégia de atuação para evidenciar as políticas defendidas nacionalmente de segurança alimentar e nutricional e, ao mesmo tempo, afirmar o compromisso brasileiro com o êxito da Década.

Em maio de 2017, o Brasil foi o primeiro país a assumir e formalizar à OMS seus compromissos SMART estabelecidos no âmbito da Década de Ação⁹. O ministro da Saúde, Ricardo Barros, apresentou à 70ª Assembleia Mundial da Saúde três compromissos brasileiros para o enfrentamento à obesidade e medidas específicas estabelecidas para alcançá-los, incluindo: medidas para aumentar o consumo de frutas e hortaliças, a reformulação de alimentos processados para redução dos teores de sódio e açúcar e o contínuo aperfeiçoamento da política de promoção de aleitamento materno. Os três compromissos apresentados pelo Brasil foram de, até 2019 (OMS, 2017):

1. Parar o crescimento da taxa de obesidade adulta (à época em 20,8%);
2. Reduzir em pelo menos 30% o consumo de bebidas açucaradas por adultos;
3. Aumentar em pelo menos 17,8% a proporção de adultos que regularmente comem frutas e vegetais.

Além do processo de formalização dos compromissos SMART à OMS, a AISA também tem atuado na identificação de políticas de referência do setor de saúde que poderiam tornar-se objeto de cooperação entre países por meio de Redes de Ação. Nesse sentido, foram fundamentais as articulações com países da região para definir parcerias estratégicas que pudessem apoiar no fortalecimento de políticas e programas de interesse mútuo. O Ministério da Saúde do Brasil propôs a coordenação de duas Redes de Ação no âmbito da Década: (i) a Rede para difusão de Guias Alimentares baseados no nível de processamento dos alimentos e (ii) a Rede sobre estratégias para redução do consumo de sódio e prevenção e controle de doenças cardiovasculares.

O Brasil também integra a rede coordenada pelo Ministério da Saúde do Chile, denominada “Rede Americana de Entornos Alimentares Saudáveis (Realisa)”, que abrange ações de regulação nutricional, como a política de rotulagem frontal de alimentos processados – política atualmente em análise no Brasil, sendo considerada importante ferramenta de promoção da alimentação saudável. Por ocasião da XLII Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul, realizada em Assunção, em junho de 2018, os Estados Partes do bloco adotaram acordo para melhorar a informação nutricional dos alimentos embalados mediante a implementação de uma rotulagem nutricional frontal no âmbito de suas políticas de saúde pública, estabelecendo uma série de princípios (MERCOSUL, 2018) que deverão ser seguidos nessa tarefa, tais como:

⁹ Os compromissos SMART formalizados pelo Brasil estão relacionados ao II Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN 2016-2019).

- a. Deverá comunicar as quantidades excessivas dos nutrientes críticos (açúcares, sódio, gorduras totais, gorduras trans e gorduras saturadas) contidos nos alimentos que se associam a maior risco de enfermidades não transmissíveis.
- b. Inclua informação que permita aos consumidores a fácil e rápida compreensão a respeito do conteúdo excessivo de nutrientes críticos, facilitando a tomada de decisões informadas.
- c. Determine os limites de excessos de nutrientes críticos com base nas recomendações da OPAS/OMS.
- d. Informe apenas a presença excessiva dos nutrientes críticos.
- e. Permita os consumidores comparar os alimentos da mesma categoria e de categorias diferentes.
- f. Seja localizado na face principal da embalagem, facilmente visível e que ative rapidamente a atenção do consumidor.
- g. Não dê lugar à percepção equivocada por parte do consumidor de que um alimento com quantidades excessivas de algum nutriente crítico seja saudável.
- h. Esteja baseado em evidências científicas que tenham demonstrado sua efetividade.
- i. Seja de aplicação obrigatória.

A coordenação e a participação nas Redes de Ação envolve diálogo constante com os países parceiros, troca de documentos, notas técnicas, realização de encontros presenciais e virtuais, compartilhamento de experiências que relatam sucessos e desafios. Os principais agentes dessas trocas são os profissionais das áreas técnicas dos Ministérios da Saúde, com acompanhamento das assessorias internacionais.

São evidentes os potenciais desdobramentos positivos, tanto em nível nacional como global, do engajamento do Ministério da Saúde nesses espaços de troca de experiências e diálogo. Estratégias nacionais, como o Guia Alimentar para a População Brasileira, são fortalecidas ao serem utilizados como referência e inspiração para outros países – como no caso do Uruguai, que lançou guia baseado na experiência brasileira. Da mesma maneira, o intercâmbio de experiências com outros países na formulação e na implementação de políticas que se quer desenvolver localmente podem ampliar as possibilidades de acertos e minimizar os desafios.

Medidas como a implementação de medidas regulatórias para a garantia de ambientes saudáveis, por exemplo, apresentam significativo desafio para os Ministérios da Saúde de toda a região, particularmente por suas implicações diretas para as indústrias de alimentos e bebidas. A troca de experiências e o avanço de consensos internacionais sobre essas matérias permitem, ao mesmo tempo, formular estratégias regionais para o enfrentamento de problemas comuns e fortalecer as capacidades nacionais para avançar em políticas públicas que tenham a saúde como norte central.

6 Perspectivas

Ter uma alimentação adequada e saudável é muito mais do que o ato de ingerir micro ou macronutrientes nas quantidades adequadas: traduz séculos de práticas, tradições, culturas e de adaptações a novos e diferentes ambientes. Usufruir o direito à alimentação adequada implica um sistema alimentar social e ambientalmente sustentável e saudável, levando em conta o impacto das formas de produção, a distribuição e os tipos de alimentos colocados para consumo da população, considerando a justiça social, a integridade e o acesso aos recursos naturais e a proteção das culturas tradicionais.

O Brasil defende essa perspectiva em suas políticas domésticas intersetoriais de alimentação e nutrição e em sua atuação internacional, seja por meio de projetos de cooperação internacionais desenvolvidos nessa matéria – como na iniciativa de projeto de cooperação técnica na área de segurança alimentar e nutricional em andamento com Moçambique, por exemplo –, seja em seus posicionamentos nos foros multilaterais – como na escolha da temática da nutrição como tema para a presidência brasileira da Iniciativa Política Externa e Saúde Global¹⁰ em 2018. É também esse entendimento de segurança alimentar e nutricional que o Brasil defende, ao lado de outros parceiros regionais, nas atividades desenvolvidas no âmbito da Década de Ação para a Nutrição.

A AISA tem a responsabilidade de traduzir esses conceitos nos posicionamentos do Ministério da Saúde em espaços de concertação e diálogo com outros países. É de interesse do Estado brasileiro e de sua sociedade que a Década de Ação possibilite a concretização de avanços concretos na agenda da alimentação e nutrição, tanto no plano doméstico quanto no âmbito internacional.

Referências

ABRAMOVAY, R. **O que é fome**. São Paulo: Brasiliense, 1998.

BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. **Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan)**. [201-]. Disponível em <<http://mds.gov.br/caisan-mds/sisan>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

_____. Decreto nº 6.273, de 23 de novembro de 2007. Cria, no âmbito do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN, a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 nov. 2007.

¹⁰ A Iniciativa Política Externa e Saúde Global (FPGH, da sigla em inglês para *Foreign Policy and Global Health*), criada em 2006, é integrada por representantes de sete países, África do Sul, Brasil, França, Indonésia, Noruega, Senegal e Tailândia, e tem o objetivo de promover discussões e promover a conscientização internacional sobre as relações entre a política externa e os assuntos de saúde, apesar da multiplicidade e da diversidade de seus participantes. A presidência da Iniciativa FPGH é rotativa entre seus participantes e foi assumida pelo Brasil em 2018.

_____. **Lei nº 11.346, de 15 de julho de 2006.** Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 set. 2006.

CASTRO, Inês Rugani Ribeiro de. Obesidade: urge fazer avançar políticas públicas para sua prevenção e controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, e00100017, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000700201&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev. 2018.

CASTRO, Josué de. **Geopolítica da fome**: ensaio sobre os problemas de alimentação e de população do mundo. 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1957.

_____. **Fome, um tema proibido**: últimos escritos de Josué Castro. Organizado por A. M. Castro. Petrópolis: Vozes, 1983.

_____. **Geografia da fome (o dilema brasileiro: pão ou aço)**. 10. ed. Rio de Janeiro: Antares Achiamé, 1980.

DEVEREUX, S.; MAXWELL, S. (Ed.). **Food security in subSaharan Africa**. London: ITDG, 2001.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Mapa da Fome II**: Informações sobre a indigência por municípios da federação. Brasília: IPEA, 1993. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/o-mapa-da-fome-vol2.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

MALUF, Renato S.; MENEZES, Francisco; VALENTE, Flávio L. Contribuição ao Tema da Segurança Alimentar no Brasil. **Revista Cadernos de Debate**, v. 4, p. 66-88, 1996.

MERCOSUL. **Acordo nº 03/18**. Princípios no Mercosul para a rotulagem frontal de alimentos com conteúdo excessivo de gorduras, sódio e açúcares. Assunção, 14 jun. 2018. Disponível em: <<http://portal-arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/18/Acuerto-Rotulado-Frontal.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Nações Unidas no Brasil. **FAO alerta para obesidade na América Latina e Caribe**. 7 mar. 2018. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/fao-alerta-para--obesidade-na-america-latina-e-caribe/>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

_____. Nações Unidas no Brasil. **Transformando Nosso Mundo**: a agenda 2030 para desenvolvimento sustentável. 15 out. 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

_____. General Assembly. **A/70/PV.90 General Assembly, Seventieth session, 90th plenary**. 1 abr. 2016a. Disponível em: <http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/70/PV.90>. Acesso em: 10 mar. 2018.

_____. General Assembly. **Resolution adopted by the General Assembly on 1 April 2016, 70/259. United Nations Decade of Action on Nutrition (2016–2025)**. 15 abr. 2016b. Disponível em: <http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/259>. Acesso em: 10 mar. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A ALIMENTAÇÃO E A AGRICULTURA. **The State of Food Insecurity in the World.** 2014. Disponível em: <<http://www.fao.org/3/a-i4030e.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

_____. **Second International Conference on Nutrition – Conference Outcome Document: Framework for Action – From commitments to action.** Roma, 19/21 nov. 2014a. Disponível em: <<http://www.fao.org/3/a-mm215e.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

_____. **Second International Conference on Nutrition – Conference Outcome Document: Rome Declaration on Nutrition.** Roma, 19/21 nov. 2014b. Disponível em: <<http://www.fao.org/3/a-ml542e.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

_____. **Trade Reforms and Food Security: Conceptualizing the Linkages,** 2003. Disponível em: <<http://www.fao.org/docrep/005/y4671e/y4671e06.htm#fn25>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

_____. **United Nations Decade of Action on Nutrition – Work Programme.** 5 maio 2017. Disponível em: <<http://www.fao.org/3/a-bs726e.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

_____. **Rome Declaration on World Food Security:** World Food Summit, 1996. Disponível em: <<http://www.fao.org/docrep/003/w3613e/w3613e00.htm>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Brazil first country to make specific commitments in UN Decade of Action on Nutrition.** 22 maio 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/nutrition/decade-of-action/brazil-commitment-22may2017/en/>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

_____. **Noncommunicable diseases and their risk factors.** [2014]. Disponível em: <<http://www.who.int/ncds/en/>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

_____. **Towards country-specific SMART commitments for action on nutrition.** [2016]. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/decade-of-action/smart_commitments/en/index1.html>. Acesso em: 15 fev. 2018.

ISBN: 978-85-334-2639-9



A Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA) completou seus vinte anos de criação em 2018, e a publicação *Saúde e Política Externa: os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018)* tem como alguns de seus objetivos apresentar um resgate histórico de ações realizadas nesse período, registrar aspectos práticos do trabalho da Assessoria, seus principais desafios, a multiplicidade e a amplitude de seus temas e a atuação do corpo técnico que tem contribuído para o aumento do protagonismo do Ministério da Saúde no cenário internacional.

A AISA é uma unidade organizacional institucionalmente ligada ao Gabinete do Ministro da Saúde, com competência para lidar com os temas internacionais de interesse do Ministério da Saúde e assessorar o ministro de Estado em questões afetas à seara internacional. O presente livro evidencia que a AISA tem se dedicado a temas estratégicos para o Ministério da Saúde e para o Brasil, contribuindo para o fortalecimento da política externa brasileira, para a defesa dos princípios que orientam o Sistema Único de Saúde e para a promoção de melhorias efetivas na saúde, dentro e fora do país.

DISQUE SAÚDE



Ouvidoria Geral do SUS.
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



MINISTÉRIO DA
SAÚDE