



**COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE: A CONTRIBUIÇÃO DA FIOCRUZ
PARA A ÁFRICA**

***INTERNATIONAL COOPERATION IN HEALTH: FIOCRUZ'S CONTRIBUTION TO
AFRICA***

Maíra da Silva Fedatto¹

RESUMO

A cooperação técnica entre os países em desenvolvimento surgiu a partir do reconhecimento da urgência e da dimensão dos problemas os quais a comunidade mundial necessitava enfrentar. O Brasil vem se consolidando como protagonista na Cooperação Sul-Sul, pois busca assumir a liderança nos esforços de construir relações mais estáveis entre saúde e política externa. Tanto no discurso quanto na prática, a CTPD em saúde brasileira realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) busca uma transferência de conhecimentos técnicos, além de se caracterizar por uma ênfase na capacitação de recursos humanos, pelo emprego de mão de obra local e pela concepção de projetos que reconheçam as particularidades de cada país e com o objetivo de proporcionar o desenvolvimento do país parceiro.

Palavras-chave: Cooperação Internacional para o Desenvolvimento, Saúde, FIOCRUZ, Continente Africano.

ABSTRACT

Technical cooperation among developing countries emerged from the recognition of the urgency of the problems with which the world community needed to face. Brazil has been consolidating itself as the protagonist in the South-South Cooperation as it seeks to take the lead in efforts to build more stable relationship between health and foreign policy. Both in discourse and in practice, Brazilian TCDC in health, accomplished by Foundation Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) seeks a transfer of technical knowledge, and is characterized by an emphasis on the training of human resources, the employment of local work place and the design of projects that recognize particularities of each country and aiming to provide the development of the partner country.

¹ Mestre em Relações Internacionais na linha de pesquisa de Política Internacional e Comparada pela Universidade de Brasília (UnB). Consultora UNESCO/MEC sobre Cooperação em Educação Profissional Brasil-África. Pesquisadora no Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde - NETHIS/FIOCRUZ/OPAS.



Keywords: International Cooperation for Development, Health, FIOCRUZ, Africa.

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho propõe abordar as contribuições da cooperação brasileira por intermédio da Fiocruz no continente africano, especialmente no que tange ao combate a epidemia de AIDS/HIV, por meio da análise da instalação e da atual situação da Sociedade Moçambicana de Medicamentos (SMM).

Nesse sentido, convém iniciarmos o estudo destacando que a cooperação internacional no âmbito da saúde tem sua origem relacionada aos avanços nos conhecimentos sobre doenças transmissíveis do século XIX. A partir de 1851, foram realizadas conferências internacionais, tratados foram assinados e organizações internacionais foram criadas para expandir e fortalecer a cooperação internacional em saúde. Com efeito, o tema tem sido um foco importante da cooperação internacional e da ajuda externa.

A Organização Mundial da Saúde foi criada em 1948 e tem suas origens no Comitê de Higiene da Liga das Nações. O objetivo da OMS é estabelecer planos e diretrizes de saúde para o mundo, incluindo prevenção, proteção e tratamento de doenças, acesso global à assistência médica, atendimento de emergência a epidemias e priorização das iniciativas de saúde no mundo todo. Três anos após a entrada em vigor da OMS², a 4ª Assembleia Mundial da Saúde adotou o primeiro Regulamento Sanitário Internacional, acordo juridicamente vinculante, que é considerado o primeiro código internacional de medidas para prevenir a propagação de determinadas

² ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Disponível em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf. Acesso em 06/04/2015.



enfermidades infecciosas. O acordo ainda determina requisitos sobre notificação de casos, bem como a adoção de medidas sanitárias nos pontos de entrada e saída de pessoas e mercadorias nos países (GONZAGA, 2012).

No que tange o Brasil, o país defende a noção de "diplomacia da saúde", definida por [Buss e Leal](#) (2009) como o conjunto de negociações desenvolvidas em múltiplos níveis, que delinea e gerencia o ambiente das políticas globais em saúde, e que, idealmente, produz melhores resultados para a saúde da população de cada país envolvido – atendendo, assim, aos interesses nacionais –, bem como implementa as relações entre estados e reforça o compromisso de um amplo arco de atores em prol da iniciativa comum de assegurar a saúde como direito humano e bem público.

Partindo do panorama sumariado acima, o presente trabalho busca compreender o papel da Cooperação Internacional promovida pelo Brasil na seara na Saúde. Para isso recuperou-se os acordos de cooperação realizados por ação da Fiocruz e da Agência Brasileira de Cooperação (ABC) nos Países Africanos de Língua Portuguesa (PALOPs). Assim, primeiramente, o estudo apresenta um histórico da cooperação em saúde, bem como a atuação do Brasil na área, para, finalmente, fazer uma breve análise da *Fábrica de Antirretrovirais e outros Medicamentos* implantada em Moçambique e do papel deste projeto na projeção do país no cenário internacional e sua consolidação como *global player*.

2 COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE

Uma retrospectiva histórica a partir dos anos 1960 informa-nos que a cooperação internacional no âmbito da saúde foi influenciada pelo movimento dos países não alinhados e priorizou suas ações visando à construção de sistemas de



saúde baseados na atenção primária à saúde³. Posteriormente, durante a década de 1980, as agendas de reforma do setor saúde desenvolveram-se e se alastraram globalmente, especialmente por serem promovidas pela ideologia neoliberal preponderante na época. Os gastos destinados para a reforma da saúde foram submetidos às exigências dos ajustes macroeconômicos, incorporando os princípios neoliberais, que desconsideravam os problemas e exigiam menor participação do Estado, privatização, flexibilidade e desregulamentação. Assim, o acesso aos serviços de saúde deixou de ser um bem público e as privatizações aumentaram os gastos privados, mesmo nos países mais pobres. Esse processo ainda foi seguido da negligência com as questões epidemiológicas e as atividades de saúde pública – prevenção e controle de endemias, doenças epidêmicas e transmissíveis (ALMEIDA, 2010).

Nesse mesmo período, houve um grande avanço tecnológico, especialmente na área da medicina, com a descoberta de novas substâncias e tratamentos. No entanto, muitas populações carentes situadas em países pobres ou em desenvolvimento não se beneficiaram desses avanços na área da saúde, sendo vítimas de enfermidades (endêmicas em suas regiões) e sem acesso suficiente aos medicamentos necessários para resolverem esses seus problemas (CASTRO, 2012). Percebe-se, portanto, que os avanços não contribuíram para a superação das disparidades existentes tanto entre os países do Norte e do Sul quanto no âmbito doméstico de cada um deles. Tal situação agravou a já precária capacidade de resolução de problemas dos sistemas de saúde, intensificando as desigualdades.

Com a virada do século, percebe-se um agravamento do cenário internacional

³ Atenção Primária é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias.

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaus_atencao_basica.pdf. Acesso em 05/04/2015.



no âmbito da saúde e, portanto, diversas iniciativas internacionais – inclusive de atores não estatais - começaram a tracejar uma luta contra o estado crítico da saúde das populações. É importante ainda destacar que nos países e regiões em desenvolvimento, principalmente no continente africano, observa-se o convívio de doenças transmissíveis epidêmicas com altas taxas de pobreza e fome. Este cenário é responsável pelas elevadas taxas de mortalidades geral, materna e de menores de 5 anos, bem como pela baixa expectativa de vida ao nascer (WHO, 2009). Com efeito, existe uma progressiva concordância de que, sem populações saudáveis, o desenvolvimento não é possível.

Isso acontece tendo em vista que o agravamento da pobreza ocorre porque bens deixam de ser produzidos, há uma sobrecarga nos sistemas de saúde e previdenciário, a expectativa de vida é menor e a vida desses indivíduos é permeada por enfermidades. Além disso, os indivíduos contribuem com menos impostos, a força de trabalho não produz tanto quanto esperado porque algumas dessas doenças causam sequelas e morte de muitas crianças, e aquelas que conseguem chegar à idade adulta não desenvolvem todo seu potencial, ou seja, as pessoas submetidas a essa situação sofrem com uma privação de suas capacidades.

Faz-se essencial lembrar ainda que os países de renda baixa e média possuem limitações críticas de governança, além de baixa capacidade de formular e implementar políticas públicas de saúde que sejam eficazes para suas populações. Em regra, seus sistemas de saúde são frágeis, fragmentados, subfinanciados e faltam neles os recursos tecnológicos básicos para oferecer assistência à saúde e medidas de saúde pública adequadas às necessidades da população (BUSS e FERREIRA, 2010). Mais além, os profissionais da área, não obstante serem escassos, pouco capacitados e mal remunerados, ainda migram para os países em desenvolvimento. Diante desse cenário, os países mais pobres acabam extremamente dependentes da ajuda internacional.



O agravamento da desigualdade no mundo avança crescentemente. Segundo dados compilados por Benatar (2003, apud PARANAGUÁ 2012), a diferença de renda entre os 20% mais pobres e a mesma proporção dos mais ricos do mundo partiu de um patamar de nove vezes no início do século passado, cresceu até trinta vezes ao longo de seis décadas e alcançou a cifra de um para oitenta em 2000. O processo de globalização vigente criou, portanto, grandes disparidades internacionais e produziu problemas sociais e de saúde, particularmente nos países mais excluídos dos circuitos centrais da economia. Conseqüentemente, autores da área da saúde como Buss (2010) e Almeida (2010), apontam que, diante desse cenário, diversas iniciativas internacionais – inclusive de atores não estatais – começaram a tracejar uma luta contra o estado crítico da saúde das populações.

Neste sentido, a comprovada ineficiência dos sistemas de saúde gerou um grande debate global sobre a eficácia das ajudas internacionais na área da saúde, sobretudo as verticais, ou seja, dos países do Norte para os países do Sul. Tais cooperações verticais vinculavam-se a doenças específicas e possuíam pequeno impacto nos sistemas de saúde e nos resultados para as populações. É possível relacionar esse debate no âmbito das discussões acerca da preferência pela cooperação sul-sul, que compreende não apenas uma ajuda unidirecional, mas a construção de parcerias, intercâmbio de experiências, aprendizado conjunto e compartilhamento de resultados e responsabilidades.

Diante do exposto, podemos afirmar que o tema da saúde reveste-se de importância, considerando a transição do conceito de saúde pública e/ou internacional para saúde global, a qual aponta que crescentemente as questões transfronteiriças de saúde demandam novas formas de governança nacional e internacional que incluem atores não tradicionais que irão compartilhar experiências de sucesso e responsabilidades conjuntas globais pela saúde.



De fato, com a emergência de desafios de saúde para além das fronteiras nacionais, as resoluções devem ser buscadas de forma conjunta, tendo em vista que as questões de saúde estão excedendo o âmbito técnico e se tornando essenciais nas políticas externa e de segurança, assim como nos acordos comerciais. Com efeito,

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

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

3 O BRASIL E A COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL EM SAÚDE

A Constituição Federal Brasileira de 1988, em seu artigo 6º, elevou a saúde à categoria de *direito social* e consagrou-a no Artigo 196 como “direito de todos e dever de Estado” e, complementa o mesmo Artigo, com “[...] acesso universal e igualitário [...]” surgindo dessa forma o Sistema Único de Saúde (SUS). Com efeito, o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, compreendendo desde o atendimento ambulatorial até os procedimentos complexos como o transplante de órgãos. Apesar de seus limites, é por meio do SUS que a população menos favorecida do país tem acesso integral e gratuito aos serviços de saúde.



A despeito de seu subfinanciamento, da ascensão dos planos de saúde privados e do protagonismo crescente de entes privados, o Brasil observa progressos em seus indicadores de saúde. Por exemplo, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) foram alcançados três anos antes de seu prazo máximo (2015) no que se refere à redução da mortalidade infantil e materna, assim como à luta contra a malária e outras doenças (BRASIL, 2013 apud VENTURA, 2013).

No que tange a epidemia do HIV no mundo, 36 milhões de mortes foram causadas bem como profundas mudanças demográficas, econômicas e sociais na maioria dos países mais afetados. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima⁴ que atualmente 35 milhões de pessoas sejam soropositivas e que apenas no ano de 2013 2,1 milhões de pessoas foram infectadas pelo vírus e 1,5 milhão morreram. O Brasil, desde o início da epidemia na década 1980, teve 656.701 casos registrados de AIDS. Com efeito, observa-se no país uma redução de novos casos por transmissão vertical em quase 50% nos últimos dois anos. Essa tendência de queda vem sendo observada desde a introdução da terapia antirretroviral (UNAIDS, 2008)⁵.

O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a fornecer atenção à saúde integral, universal e gratuita às pessoas vivendo com o vírus do HIV/AIDS (PVHA). Com efeito, o programa nacional de DST/AIDS é reconhecido pelas Nações Unidas como o melhor do mundo em desenvolvimento e vem servindo de modelo tanto para outros países em desenvolvimento como para a política global de HIV/AIDS adotada pela OMS desde 2003 (CHADE, 2003). O acesso universal e gratuito aos medicamentos e às terapias antirretrovirais é central nesse programa e entre 1997 e 2007 diminuiu em 82% o número de hospitalizações (IPEA, 2010).

O programa brasileiro associa política de distribuição gratuita de medicamentos

⁴ Disponível em: http://www.who.int/hiv/data/epi_core_dec2014.png?ua=1. Acesso: 06/04/2015.

⁵ Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/onu_resposta_aids_brasil.pdf



e, diante do alto preço dos antirretrovirais, evidencia uma política de incentivo à produção farmacêutica local, pública ou privada. Esse modelo foi o “gancho” e credenciou o Brasil a propor a cooperação internacional em saúde, que tem na criação da fábrica de medicamentos em Moçambique o carro-chefe da exportação do modelo brasileiro. A Fábrica é o primeiro laboratório 100% público da África.

Ainda sobre o combate ao HIV, desde 2001 o Brasil tem protagonizando o debate internacional por meio da busca por diminuição nos preços de medicamentos importados e, internamente, pela produção nacional de medicamentos, medidas fundamentais para a garantia da distribuição. O engajamento internacional do país foi acompanhado também por manifestações de organizações internacionais da sociedade civil – como a organização britânica Oxfam e a Médicos Sem Fronteiras –, que apoiavam a posição brasileira de viabilização do acesso aos medicamentos antirretrovirais (IPEA, 2010).

Assim, a partir da experiência exitosa no combate à AIDS/HIV o Brasil deu um novo *ânimo* à cooperação Sul-Sul, explorando, entre outros, o potencial da saúde como tema social no seio da política externa. Somada à formação profissional e à agricultura, ela representa dois terços da cooperação brasileira com os países em desenvolvimento (VAZ e INOUE, 2007 apud VENTURA, 2013). É importante lembrar que, de acordo com o discurso oficial, a cooperação técnica brasileira deve ser conduzida pelos princípios de diplomacia solidária, pela atuação em resposta a demandas dos países em desenvolvimento, pelo reconhecimento da experiência local, pela não imposição de condicionalidades, pela não vinculação a interesses comerciais ou fins lucrativos e pela não ingerência em assuntos internos dos países parceiros (LEITE *et al*, 2013).

De fato, por meio de sua política externa, o Brasil tem buscado consolidar a sua presença no cenário internacional. Vigevani e Cepaluni (2007) conceituaram a política externa de Lula, ex-presidente do Brasil, como “autonomia pela diversificação”, ou seja,



possui uma postura assertiva em torno da defesa da soberania e dos interesses nacionais, buscando alianças privilegiadas no Sul. Assim, a política externa focou na constituição de coalizões e parcerias com outros países em desenvolvimento, sem, entretanto, abrir mão de seus tradicionais relacionamentos. Nesse sentido, os principais projetos de cooperação internacional de saúde do Brasil são com a África, fundamentalmente com os membros da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) e com a América do Sul.

Apesar do destaque conferido às ações de enfrentamento à epidemia da HIV/AIDS, especialmente a implantação da fábrica de antirretrovirais e de outros medicamentos em Moçambique, a cooperação brasileira na área de saúde abrange outros temas que afligem os países em desenvolvimento. Destacam-se a prevenção e o controle da malária, a atenção à saúde materno-infantil, a capacitação para a produção de vacinas contra febre amarela, o diagnóstico e o manejo da doença de Chagas e mesmo a área de gestão de recursos humanos para hospitais e ambulatórios.

A cooperação técnica entre países em desenvolvimento assume cada vez mais um caráter estratégico na política externa brasileira. E, no bojo desse contexto, a saúde é reconhecida como tema de crescente importância na agenda da cooperação Sul-Sul, demonstrada pela incorporação de intercâmbio trilateral em áreas como tuberculose, HIV e malária na agenda do IBAS (Índia/Brasil/África do Sul).

A inserção da saúde na política externa brasileira, entretanto, consolidou-se apenas em 2007, no discurso de posse do Dr. José Gomes Temporão no cargo de Ministro da Saúde, quando assumiu um compromisso que, no ano seguinte, passou a integrar o programa de ação daquela pasta do Governo (Mais Saúde: Direito de Todos, Eixo 7 – Cooperação Internacional), com vistas a



fortalecer a presença do Brasil no cenário internacional na área da Saúde, em estreita articulação com o Ministério das Relações Exteriores, ampliando sua presença nos órgãos e programas de saúde das Nações Unidas e cooperando com o desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países da América do Sul, em especial com o MERCOSUL, com os países da América Central, da CPLP e da África (BRASIL, 2007).

Ainda no que tange às ações de âmbito doméstico, cabe destacar a significativa aproximação entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde. Com efeito,

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

Globalmente, o Brasil busca assumir a liderança nos esforços de construir relações mais estáveis entre saúde e política externa. Em 2001, a 57ª Sessão da Comissão de Direitos Humanos da ONU aprovou a Resolução 33/2001, proposta pela delegação brasileira, considerando o acesso a medicamentos essenciais como um direito humano à saúde. Posteriormente, em 2009, o IBAS aprovou, no âmbito do Conselho de Direitos Humanos da ONU, a Resolução número 6/29⁶, a qual “reconhece que o acesso aos medicamentos é um dos elementos fundamentais para alcançar progressivamente a realização do pleno usufruto do mais alto padrão possível de saúde física e mental” e “salienta a responsabilidade dos Estados de assegurarem o acesso de todos, sem discriminação, aos medicamentos, em particular aos medicamentos essenciais, que são acessíveis, seguros, eficazes e de boa qualidade”.

Nesse sentido, a cooperação estruturante de saúde, desenvolvida pelo Centro

⁶ Disponível em: <http://www.ibsa-trilateral.org/component/content/article/132-declarations-communicues/portugues/275-resolucao-do-conselho-de-direitos-humanos-acesso-aos-medicamentos>. Acesso em 30/09/2013.



de Relações Internacionais (CRIS) da Fiocruz, é uma inovação em relação ao paradigma da cooperação internacional, pois rompe com o modelo Norte-Sul que é, em geral, uma transferência passiva de conhecimento e tecnologias, dirigida ao enfrentamento de doenças ou de vulnerabilidades específicas, que não auxilia na capacitação autônoma dos agentes dos países receptores, perpetuando sua dependência.

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

Torna-se importante destacar que, de acordo com o Ministério da Saúde (2010), a política externa brasileira destinou US\$ 32.960.612,00 aos 44 projetos vigentes no continente africano. Entretanto o país enfrenta persistentes desafios no que tange à cooperação internacional devido à inexistência de uma política pública que garanta planejamento, coordenação e fluxo sustentável de recursos para responder às crescentes demandas pelas experiências e pelos conhecimentos brasileiros.

Neste sentido, Leite *et all* (2013) apontam para a falta de clareza do sistema brasileiro de cooperação técnica internacional, bem como de a ausência de uma relação clara com as prioridades da política externa do país. Com efeito, a falta de informações e de dados são fatores que impossibilitam uma análise efetiva tanto dos resultados e dos impactos das ações cooperativas nos países parceiros quanto em que



medida os projetos correspondem a uma estratégia política coerente e, acima de tudo, quais são os ganhos efetivos da atuação brasileira.

Assim, o discurso de solidariedade e ausência de condicionalidades e lucros apresentado pelo Itamaraty muitas vezes falseia a ideia de inexistência de interesses e ganhos para o Estado brasileiro. Neste sentido, observa-se internamente demandas por maior transparência na definição de prioridades, na implementação de iniciativas e na avaliação da cooperação internacional como um todo. Sistematizar o impacto das iniciativas de Cooperação Internacional tanto nos países parceiros quanto nos ganhos políticos, econômicos e sociais – diretos ou indiretos – para o país é essencial para melhor compreender a importância da CSS como estratégia na busca da projeção brasileira como um *global player* no cenário internacional e, especificamente, como uma liderança na seara da saúde global.

Por fim, concorda-se com Ventura (2013) que afirma que o Brasil de fato possui uma política externa no campo da saúde. Ela insere-se na diretriz de solidariedade defendida pelo governo especialmente ao defender a subordinação do comércio internacional aos direitos humanos no que tange questões de propriedade intelectual e acesso a medicamentos. Com efeito, o país vem liderando as discussões sobre a importância da priorização dos determinantes sociais da saúde na agenda global bem como implementa as relações entre Estados e reforça o compromisso de um amplo arco de atores em prol da iniciativa comum de assegurar a saúde como direito humano e bem público.

4 A FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ: UM POUCO DE HISTÓRIA

Tendo em vista que o presente trabalho analisa a cooperação entre o Brasil e o



continente africano por meio das ações da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), faz-se necessário uma breve visita ao seu histórico. Inicialmente, enfatiza-se que o objetivo fundamental da Fundação é “promover a saúde e o desenvolvimento social, gerar e difundir conhecimento científico e tecnológico”⁷. No que tange as ações de cooperação, a Assessoria de Cooperação Internacional da Fiocruz (ACI) foi criada em 1984 e, inicialmente, apenas se encarregava dos registros dos convênios internacionais da instituição, das autorizações de afastamento do país por parte dos servidores e do recebimento de visitantes. Em 1994, a ACI foi consolidada e passou a ser Coordenação de Cooperação Internacional, cujo objetivo era coordenar a cooperação internacional da Fiocruz no que tange a captação de recursos; elaboração, administração, acompanhamento e avaliação de acordos, protocolos e projetos; transferência de recursos e conhecimentos; e à organização da participação institucional em fóruns e seminários internacionais.

Destaca-se que, historicamente, desde a década de 1990 – com a consolidação da ACI - a Fiocruz desenvolve projetos de cooperação com o continente africano, relacionamento que se intensificou durante os dois governos de Lula, especialmente durante o segundo mandato do presidente, seguindo as diretrizes da política externa visando solidificar a cooperação Sul-Sul. Neste sentido, a Fundação tornou-se a principal executora dos projetos de cooperação internacional em saúde com a África e a consolidação de seu papel estratégico na região deu-se – no âmbito internacional - em 2008 através do Escritório Regional de Representação da Fiocruz em Moçambique e – no âmbito doméstico - em 2009 com a criação do Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS).

Trata-se de um órgão de assessoria da Presidência da Fiocruz com os objetivos

⁷ Disponível em: <http://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=500&sid=6> (Acesso 12/11/2013)



de incorporar, ampliar e aprimorar as funções até então exercidas pela ACI; e apoiar as iniciativas das vice-presidências e das unidades técnicas da instituição. Mais além, com o intuito de executar as estratégias institucionais de âmbito internacional e coordenar as atividades de cooperação, objetivando uma constante ampliação e consolidação do intercâmbio e da atuação internacional da Fiocruz (FEDATTO, 2013).

O CRIS ampliou suas atividades sob a convicção de que o conceito de saúde global, que abrange as políticas e o acesso aos sistemas universais de saúde, deve ser impulsionado através de uma aproximação setorial ampla, objetivando reduzir as iniquidades por meio de ações que norteiem o desenvolvimento dos sistemas de saúde, transmitindo conhecimentos e tecnologia em favor da melhoria da qualidade de vida. Com efeito,

nos últimos anos, a cooperação internacional da Fiocruz cresceu de forma importante, como parte da priorização das áreas sociais, entre elas a saúde, na política externa brasileira. Nessa perspectiva, a Fiocruz é considerada a instituição-chave (“ponto focal”) para a cooperação internacional em saúde do governo brasileiro. Sendo assim, pelo menos dois âmbitos de cooperação merecem atenção: o da pesquisa propriamente dita e o da cooperação técnica para o desenvolvimento, que envolve diferentes dimensões (capacitação/formação de recursos humanos e fortalecimento institucional, entre outros), implementada segundo o conceito de “cooperação estruturante em saúde”, desenvolvido na Fiocruz (BRANDÃO, 2010, p.23).

No que tange as ações de cooperação internacional em saúde com o continente africano, especialmente com os países integrantes CPLP, os projetos estão em consonância com o conceito de “cooperação estruturante em saúde”, já explanado anteriormente, e com os Planos Estratégicos de Cooperação em Saúde (PECS/CPLP). Destacam-se as seguintes iniciativas: cursos de pós-graduação (em Moçambique e Angola); capacitação em serviço (em Moçambique, Guiné Bissau e Cabo Verde); criação e fortalecimento de Escolas Nacionais de Saúde Pública (Angola); Institutos Nacionais de Saúde (Moçambique, Guiné Bissau); Escolas Politécnicas de Saúde



(Moçambique, Cabo Verde) e a implantação de uma fábrica de medicamentos antirretrovirais e outros (em Moçambique).

De acordo com o Ministério da Saúde, a política externa brasileira – no que tange a cooperação na área da saúde – possui suas prioridades geográficas e estão estabelecidas da seguinte forma: (1) América do Sul, (2) Haiti, (3) África - especialmente os PALOPS e o Timor Leste (integrante da CPLP). A América Latina e a África são as regiões que têm maior número de projetos brasileiros. De acordo com dados do Ministério da Saúde (2010), o Brasil possuía 84 projetos na América Latina, que representam 70,5%, e 44 na África, que correspondem a 29,5%. No âmbito do continente africano, de acordo com dados do primeiro semestre de 2010, dos 41 projetos em andamento, 26 desenvolvem-se nos PALOPS (BRASIL, 2010 apud FEDATTO, 2013).

O projeto escolhido para análise foi a Capacitação em Produção de Medicamentos Antirretrovirais e Outros Medicamentos (Moçambique), a “menina dos olhos” do modelo de exportação cooperativa do Brasil e, mais além, um dos mais ambiciosos projetos brasileiros de assistência técnica internacional.

5 FÁBRICA DE ANTIRRETROVIRAIS E OUTROS MEDICAMENTOS

Pretendemos expor as informações coletadas, da seguinte maneira: primeiro, apresentaremos como surgiu a ideia do projeto e os principais dados encontrados no estudo de viabilidade da fábrica, de acordo com o Ministério da Saúde e a Fiocruz. Posteriormente, contrastaremos o que foi projetado com o que de fato aconteceu ao longo dos anos e como a fábrica se encontra atualmente. Para tanto, utilizaremos o material obtido nas entrevistas nas sedes da Fiocruz em Brasília e no Rio de Janeiro,



nos documentos do acervo do Itamaraty e da Fiocruz, bem como todo tipo de documentação disponível em *sites*, revistas e jornais.

A ideia de implantação da fábrica de antirretrovirais surgiu com a promessa feita pelo então presidente Lula em uma visita a Moçambique. O país localiza-se na região sul da África Subsaariana, região onde a epidemia de AIDS é generalizada. Dados apontam que 14% da população adulta (15-49 anos) está infectada pelo vírus. Estima-se ainda, diante de uma população de 24.5 milhões de habitantes, 1.6 milhão de pessoas vivam com AIDS no país e 510.500 crianças ficaram órfãs, com a morte dos pais devido a causas relacionadas ao HIV. Mais além, aproximadamente 50% da infraestrutura em saúde foi destruída durante a guerra civil e somente 30% dos moçambicanos afetados pelo HIV têm acesso a tratamento (USAID, 2012).

Nesse sentido, o objetivo brasileiro era apoiar a ampliação do acesso ao tratamento e à assistência por meio do aumento da oferta dos mesmos à população. Uma das medidas previstas para a consolidação do complexo industrial era o investimento na rede de laboratórios nacionais para transferência de tecnologias farmacológicas, particularmente de antirretrovirais. O empreendimento é a primeira unidade farmacêutica 100% pública na África, oriunda de cooperação entre países em desenvolvimento. A iniciativa ambiciona uma produção anual de 226 milhões de comprimidos antirretrovirais e 145 milhões de outros remédios. Tem-se ainda como meta qualificar a fábrica em nível internacional e obter certificado de boas práticas pela Organização Mundial da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e pelo Food and Drugs Administration (FDA) dos Estados Unidos (MS, 2011).

Inicialmente, é importante destacar que o projeto criou grandes expectativas no país africano, comprovadas tanto por matéria da Agência de Notícias “*Inter Press*



*Service*⁸, como por telegramas da embaixadora brasileira em Moçambique, conforme veremos mais à frente. Com efeito,

a proposta da construção da primeira fábrica de medicamentos antirretrovirais genéricos, com a colaboração do Brasil, é um raio de esperança para Moçambique, que tem uma prevalência de HIV superior a 12%. [...] O Brasil transformou a produção de antirretrovirais genéricos em uma ferramenta fundamental para o acesso universal ao tratamento do HIV. Os genéricos se identificam por seu princípio ativo e são muito mais baratos do que seus equivalentes de marca. [...] Vítimas do HIV receberam com alegria a notícia do projeto, proposto pela primeira vez em novembro de 2003. [...] No ano passado (2004), o governo destinou mais de US\$ 4 milhões ao tratamento de aproximadamente sete mil pacientes (Inter Press Service, 02/08/2005).

Em novembro de 2003, o ex-presidente Lula e o ex-presidente de Moçambique, Joaquim Chissano, assinaram o “Protocolo de Intenções entre o Governo da República Federativa do Brasil e a República de Moçambique sobre Cooperação Científica e Tecnológica na Área de Saúde”. O protocolo é resguardado pelo Acordo Geral de Cooperação de 1981 entre ambos os países. Estabeleceu-se a decisão de fortalecer a cooperação bilateral mediante projetos conjuntos de pesquisa e o intercâmbio de conhecimento e meios necessários para a produção de medicamentos antirretrovirais genéricos, com o objetivo de instalar um laboratório farmacêutico público em Moçambique, orientado para atender as demandas de saúde pública do país (BRASIL, 2003 apud FEDATTO, 2013).

O objetivo geral da iniciativa é

a redução do indicador de mortalidade decorrente da incidência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), ocasionada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) naquele país, por meio da ampliação do acesso aos medicamentos antirretrovirais a serem disponibilizados pelo poder público à população infectada. Para tal, a instalação da fábrica de antirretrovirais e outros medicamentos em Moçambique busca criar, de forma sustentável, um empreendimento público voltado à produção para garantir

⁸ Disponível em: <http://www.ipsnoticias.net/portuguese/2005/08/america-latina/sade-fbrica-de-genericos-contra-aids-cria-grandes-expectativas-em-moambique/>. Acesso em 13/10/2013.



terapia primeiramente às vítimas do HIV/SIDA e de outros agravos à saúde no país e, em segundo lugar, aos cidadãos dos países vizinhos (FIOCRUZ, 2013).

As responsabilidades foram divididas entre ambos os países. Inicialmente, o Brasil, por meio da instituição coordenadora (ABC), da instituição executora (Ministério da Saúde) e da instituição implementadora (FIOCRUZ/ Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde - FIOTEC), deveria:

- 1) Viabilizar cursos de capacitação e treinamento para o pessoal técnico responsável pela produção;
- 2) Gerenciar o Laboratório.

Em Moçambique, a execução ficou a cargo do Ministério da Saúde (MISAU) e a coordenação feita pelo governo moçambicano, por meio do Ministério dos Negócios Estrangeiros e Cooperação e Secretário Permanente e da Direção de Planificação e Cooperação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), assim estabelecida:

- 1) Disponibilizar a infraestrutura física para instalação do Laboratório;
- 2) Multiplicar a capacitação dos técnicos nacionais;
- 3) Prover o Laboratório dos insumos necessários ao funcionamento do mesmo e à produção dos medicamentos.

O primeiro passo para a instalação da Fábrica deu-se por meio do “Estudo de viabilidade técnico-econômica para a instalação de fábrica de medicamentos, em Moçambique, para a produção de antirretrovirais e outros medicamentos”, assinado em julho de 2005, e que teve início em abril de 2006.

Para a realização do estudo, foram enviadas quatro diferentes missões de peritos brasileiros de várias especialidades. Os objetivos centrais eram: a)



levantamento das condições preexistentes; b) alternativas de produção local de medicamentos; c) análise geral da viabilidade econômica; d) síntese do estudo.

O relatório foi divulgado em março de 2007 e apontou que a maior ameaça para o país na área de saúde era, de fato, a epidemia de HIV/AIDS. Informava que, de acordo com a UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância)⁹, apenas 5% dos gastos governamentais eram destinados à saúde, à educação e à defesa, entre os anos de 1994 e 2004. Em 2005 apenas 9% das pessoas com infecção avançada por HIV recebiam tratamento com antirretrovirais¹⁰. Somava-se ao caótico cenário a elevada incidência de tuberculose, cólera e malária. Mais além, na época do estudo de viabilidade a mortalidade infantil em Moçambique era alta: 109 em cada 1.000 crianças nascidas vivas por ano (10.9%). O HIV configurava-se como a quinta principal causa de óbito em crianças menores de 5 anos. O relatório informava, ainda, que o quadro da epidemia era de expansão da doença, com taxas crescentes em mulheres grávidas. Estimava-se que ocorriam 500 novas infecções por dia.

De acordo com o Relatório de 2007, o setor de saúde em Moçambique possuía graves problemas como baixo suprimento de insumos e falta de equipamentos e de profissionais qualificados. Nesse sentido, no Plano Operacional Anual de 2006 o Ministério da Saúde de Moçambique definiu como objetivos: aumentar o acesso aos serviços; reduzir as desigualdades; aumentar a eficiência no uso de recursos; melhorar a qualidade dos serviços e a elaboração de políticas; criar planos e regulamentos na área de epidemiologia e saúde da comunidade.

A epidemia da AIDS/HIV tem um impacto significativo direto no setor de saúde moçambicano, pois sobrecarrega os hospitais e, conseqüentemente, aumenta custos. Na época em que a pesquisa foi feita, 50% dos leitos hospitalares estavam

⁹ Disponível em: http://www.unicef.org/infobycountry/mozambique_statistics.html. Acesso em 07/04/2015.

¹⁰ Disponível em: <http://www.who.int/countries/moz/en/>. Acesso em 07/04/2015.



ocupados por pessoas com AIDS. Avaliou-se ainda que, se não houvesse a epidemia do HIV, a expectativa de vida da população do país chegaria a 50 anos em 2010, mas, devido à doença, a previsão seria de 35 anos. Previam também, para esse mesmo ano, aproximadamente 500 mil órfãos maternos em consequência da epidemia, se esta não fosse controlada eficazmente (LOPES, 2013).

Em relação às perdas econômicas, o relatório afirma que

o maior impacto seria no aumento da mortalidade e da invalidez, que reduz a população economicamente ativa e diminui a eficiência da força de trabalho, tendo em vista que a maioria das mortes ocorre entre 15 e 34 anos, aumentando o risco de uma deterioração do bem-estar da população. Estimavam também que, até 2020, o país perderia 17% dos seus trabalhadores devido à AIDS, ou seja, 2,2 milhões de pessoas. Só no setor de educação, calculavam que, até 2010, seriam perdidos 17% dos professores (LOPES, p. 141, 2013).

Após a conclusão do estudo de viabilidade, em 2007, a embaixadora brasileira em Moçambique, Leda Lúcia Camargo, enviou o seguinte telegrama ao Itamaraty, discorrendo sobre a repercussão nos foros internacionais em favor do Brasil devido ao estabelecimento da fábrica:

A conclusão do estudo de viabilidade para o estabelecimento de uma fábrica de medicamentos antirretrovirais neste país teria uma repercussão extremamente positiva para o Brasil, não só na África e países que acompanham com interesse a evolução deste continente, como em diversos organismos internacionais. Já não fosse o compromisso do presidente Lula a respeito, a expectativa moçambicana e de países africanos, o certo ceticismo de muitos outros, creio modestamente que um rápido início de instalação da fábrica seria elemento para também reforçar a posição – e credibilidade – brasileira em sua reivindicação de reformas na ONU. (Telegrama Embaixada do Brasil em Moçambique para Itamaraty, número 00274, março de 2007).

O Estudo de Viabilidade foi divulgado em maio de 2007. O texto de comunicado de imprensa, elaborado pela embaixadora Leda Lúcia Camargo, foi apresentado tanto no Brasil quanto em Moçambique e segue abaixo, na íntegra:



O governo brasileiro tem grande satisfação em anunciar a entrega do Estudo de Viabilidade com conclusões positivas sobre a possibilidade de instalar uma fábrica de antirretrovirais e outros medicamentos em Moçambique. A realização do referido Estudo foi compromisso assumido pelo Presidente Lula da Silva durante visita a Moçambique, ocasião em que foi acordado que o Brasil apoiaria a implantação de uma fábrica, assumindo ainda **o compromisso de transferir a tecnologia de produção, capacitar pessoal técnico e auxiliar o governo moçambicano na busca de financiamento para a implantação de projeto da fábrica.** O Estudo foi realizada pela Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (FIOTEC)/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e **apresenta 144 opções ao governo moçambicano para a produção de antirretrovirais e outros medicamentos genéricos (antimaláricos, tuberculostáticos, analgésicos, antibióticos não penicílicos, etc.).** Foram construídos cenários alternativos de investimento com seus respectivos resultados de fluxo de caixa e indicadores, dos quais foram recomendados seis para produção de antirretrovirais em que o empreendimento seria mais viável. Em caso o Governo moçambicano optar pela produção do esquema de primeira linha preferencial, mais de 160 mil pacientes adultos e crianças serão atendidos com terapia antirretroviral, número que corresponde a uma cobertura de 100% da meta prevista para 2010. (...) O Brasil, com sua política de acesso universal ao tratamento antirretroviral, decidiu, desde a XIII Conferência Internacional da Aids (Durban, 2000), compartilhar gratuitamente sua tecnologia com as nações que têm demonstrado comprometimento com essa causa. O Brasil inclusive advoga junto a Organização Mundial da Saúde a necessidade do estabelecimento de uma estratégia global que acelere o acesso a esses medicamentos por parte dos países mais infectados pela pandemia (Telegrama Embaixada do Brasil em Moçambique para Itamaraty, número 00301. Maio de 2007 – grifos nossos).

Em 2008, o então presidente Lula esteve em Maputo/Moçambique para inaugurar a abertura do escritório da Fiocruz no país e, na ocasião, visitou as futuras instalações da fábrica. No mesmo ano, um segundo projeto foi assinado – “Capacitação em produção de medicamentos antirretrovirais” – cujo objetivo era o de capacitar e fornecer conhecimentos aos profissionais moçambicanos que atuariam na fábrica de medicamentos. Mais uma vez teve como instituição executora a FIOCRUZ, e a ABC como financiadora. O valor total do projeto foi estimado em US\$ 1.009.208,00.

Nesse sentido, a Fiocruz promoveu a capacitação de 10 farmacêuticos, dos



quais 5 deveriam integrar o quadro de recursos humanos da fábrica. Os módulos do curso de capacitação farmacêutica foram: pesquisa e desenvolvimento de novos fármacos e medicamentos; pesquisa e desenvolvimento de antirretrovirais; tecnologias de produção; controle de qualidade; garantia de qualidade; negociação com clientes e fornecedores e parcerias estratégicas. O programa foi executado pelos técnicos da Farmanguinhos, com duração de dois meses e carga horária de 6 horas/dia.

Acerca das atribuições do país africano, o governo moçambicano optou, em 2009, por comprar uma planta de uma fábrica de soros, localizada em Matola, cidade próxima à capital Maputo. Entretanto, logo após a compra, afirmou não ter condições de pagar a obra da fábrica. De acordo com o entrevistado, José Luiz Telles, diretor do escritório de representação da Fiocruz em Moçambique, diante da situação de impasse, negociou-se com a empresa Vale do Rio Doce a doação de US\$ 4,5 milhões – aproximadamente 75% dos custos das obras – ao Governo de Moçambique, para complementar sua parte do financiamento, que não foi alcançada. A empresa já atuava em Moçambique através de contratos de exploração de minério e tinha vários projetos sociais no país no âmbito de seus programas de responsabilidade corporativa.

Em 2011, ano previsto de início do funcionamento da fábrica, o projeto BRA/04/044-S117 sofreu uma revisão que se justificava “[...] pela defasagem entre o período em que foi elaborado o projeto, e a retomada das atividades, que ocorreu em maio de 2011” (BRASIL, 2011). Mais além,

a lei que autorizou a doação de recursos no montante de R\$ 13.600.000,00 (treze milhões e seiscentos mil reais) para Moçambique foi sancionada pelo Governo brasileiro somente em 14 de dezembro de 2009. Esse montante será utilizado na primeira fase de instalação da fábrica e criará parte das condições físicas necessárias para a execução do projeto de capacitação. (...) Verificou-se



que o atraso ocorrido com o início das obras de adequação da área destinada à fábrica em Maputo, Moçambique, impactou no andamento do Projeto de Capacitação em questão e levou a um atraso de 16 (dezesesseis meses) de execução. As obras de reforma do prédio que abrigará a fábrica iniciaram em 28 de abril, com previsão de oito a dez meses para sua conclusão. Além disso, a instituição executora (Farmanguinhos/Fiocruz) identificou a necessidade de alteração na metodologia anteriormente planejada em decorrência da experiência obtida com a primeira atividade de capacitação ocorrida com os técnicos moçambicanos em dezembro de 2008. Por outro lado, em setembro de 2010, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD/ONU) corrigiu o valor das diárias de Maputo, fato que exigiu atualização dos valores das atividades que preveem viagens de brasileiros para Moçambique. Em decorrência, ocorreu acréscimo no valor total do projeto que passou de US\$ 776.241,00 (setecentos e setenta e seis mil e duzentos e quarenta e um dólares) para US\$ 1.009,208 (um milhão, nove mil reais e duzentos e oito dólares). (...) Além disso, foi prorrogado o prazo de vigência do projeto para 31/04/2014, para que todas as atividades programadas sejam implementadas, tendo em conta que o seu início ocorrerá em maio de 2011. (Projeto BRA/04/044-S117: Capacitação em Produção de Medicamentos Antirretrovirais. Revisão E. Dezembro de 2011)

Dada à complexidade do projeto, apesar de programado para iniciar suas atividades em 2011, nesse ano o Brasil adquiriu os equipamentos e foram realizadas as obras para adequar a indústria às demandas da fábrica. Em 2012 finalizou-se a instalação dos equipamentos e no dia 21 de julho de 2012 aconteceu a cerimônia de “arranque das operações da fábrica”, com a estreia da linha de embalagem de 3.255 frascos de Nevirapina 200mg (FIOCRUZ, 2012)¹¹. O Brasil foi representado pelo vice-presidente Michel Temer, porém, da parte do Ministério da Saúde de Moçambique, nenhum representante de alto nível compareceu ao evento.

Para garantir sua sustentabilidade, é necessário que a fábrica desfrute de prerrogativa de preferência de compras nacionais. Como oportunidades de receitas, um documento interno da Fiocruz sugere a produção para mercado público e privado, o arrendamento das instalações, a terceirização de produção ou de embalagem e a exportação para países da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral

¹¹ Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/mo%C3%A7ambique-inicia-opera%C3%A7%C3%A3o-de-sua-primeira-f%C3%A1brica-de-medicamentos> Último acesso: 05/08/2015.



(SADC). O retorno sobre o investimento está previsto para acontecer em sete anos, considerando-se apenas as vendas nacionais. Como resultados sociais, espera-se o aumento nos postos de trabalho, a ampliação do acesso para tratamentos contínuos e um menor condicionamento às interrupções históricas de fornecimento (LOPES, 2013).

Sobre o financiamento, o Brasil contribuiu, no total, com R\$ 41.8 milhões, e Moçambique, aproximadamente, com US\$ 15,4 milhões, incluindo o apoio da empresa Vale Moçambique. No que tange a resultados concretos, em agosto de 2014, a Fábrica produziu, pela primeira vez, um remédio genérico que faz parte do coquetel anti-HIV: a lamivudina. Em outubro do mesmo ano produziu o segundo componente do coquetel, a nevirapina. Toda a operação de produção foi realizada por Moçambique sob a supervisão da Fiocruz¹². Mais além, capacitaram-se quinze técnicos e outros cinquenta e cinco encontram-se em capacitação. O Brasil apoiou, ainda, a criação de um mestrado acadêmico na área de gestão empresarial, na Universidade Politécnica de Moçambique.

Conclui-se que a fábrica de medicamentos antirretrovirais é o mais ambicioso projeto brasileiro de cooperação internacional em saúde. O objetivo primordial da colaboração contínua com Moçambique é fortalecer o estado geral da saúde no país. Com efeito, podemos notar que o acordo segue as diretrizes de cooperação técnica para o desenvolvimento defendida pelo Brasil, ou seja, a transferência de conhecimento científico e capacitação dos profissionais de saúde, notando-se, portanto, a horizontalidade das ações brasileiras.

Torna-se imprescindível, porém, não deixar de perceber que a cooperação brasileira na área da saúde é identificada como estratégia importante na busca da

¹² Fonte: <http://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,depois-de-10-anos-fabrica-de-remedios-contra-aids-comeca-a-produzir-na-africa,1092215>. Acesso em 06/04/2015.



certificação como um *global player* no cenário internacional, bem como a conquista de um maior protagonismo no plano multilateral e no alcance dos objetivos nacionais no campo das relações externas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É consensual que a política externa de Lula juntamente com seu chanceler Celso Amorim buscou diversificar as parcerias, especialmente buscando alianças e coalizões que melhor servissem aos seus objetivos domésticos e internacionais. No que tange a África, ao longo dos oito anos de governo petista, a Cooperação Sul-Sul foi um dos eixos de aproximação com o continente. Em dez anos, o Brasil realizou mais de 600 projetos de transferência de tecnologia e conhecimento em 43 países africanos. Com efeito, graças à sua experiência doméstica e aos problemas sociais que persistem internamente, o Brasil tem sido um importante colaborador em ações conjuntas com a Comunidade de Países de Língua Oficial Portuguesa (CPLP). A prioridade temática do governo direcionou-se para a saúde, agricultura e educação, que representam um terço de todas as ações no continente.

Em seu discurso oficial, o Itamaraty afirma que a Cooperação Técnica brasileira busca uma transferência de conhecimentos técnicos, além de caracterizar-se por uma ênfase na capacitação de recursos humanos, pelo emprego de mão-de-obra local e pela concepção de projetos que reconheçam as particularidades de cada país e com o objetivo de proporcionar o desenvolvimento do país parceiro. A solidariedade brasileira, no entanto, não significa ausência de interesses políticos e/ou econômicos.

Entretanto, um problema encontrado – e relatado neste artigo – nas ações de Cooperação Sul-Sul é o fato de não existir uma coordenação de ações e/ou uma sistematização de resultados e impactos nos países parceiros. Neste sentido, diante da



inexistência de registro das ações, volumes e destinatários, a análise da dimensão, do progresso e das implicações da cooperação promovida pelo Brasil nos países parceiros torna-se difícil, sendo o principal obstáculo para uma efetiva liderança do país nesta seara. Hirst (2012) ainda aponta que os países que praticam a Cooperação Sul-Sul possuem recursos financeiros limitados, além de grande fragilidade institucional, econômica e social. Isso dificulta que os projetos contribuam, de fato, para um legado futuro que possa romper com a dependência que muitos países pobres possuem da ajuda internacional.

Com efeito, a Política Externa para o continente africano no âmbito da cooperação técnica na área da saúde tem como foco a “construção de capacidades para o desenvolvimento”. Ou seja, a proposta brasileira, liderada pela Fiocruz, visa explorar as capacidades e recursos endógenos existentes em cada país, redefinindo a cooperação como “estruturante”, isto é, focada no fortalecimento institucional dos sistemas de saúde dos países parceiros, especialmente através da construção de capacidades locais. Entende-se, portanto, que o Estado brasileiro busca liderar a perspectiva de saúde global, associando temas de saúde com desenvolvimento, economia e política e, sobretudo, a configuração da saúde como direito humano e bem público.

Por fim, a cooperação brasileira com Moçambique através da implantação da Sociedade Moçambicana de Medicamentos aliada a sua posição de defesa do acesso gratuito e universal a medicamentos ARVs, bem como o caráter humanista de seus discursos, defendendo que o bem público deve prevalecer sobre o lucro, funcionam como plataforma para a projeção de poder do país no cenário internacional. Neste sentido é inegável o reconhecimento do protagonismo da política externa brasileira como legítimo e eivado de autoridade moral, sobretudo no âmbito de organismos multilaterais, com apoio a candidatos brasileiros para posições de destaque nos



organogramas.

Finaliza-se, portanto, esclarecendo que a interação brasileiro-moçambicana para combate à epidemia da AIDS no país africano clareia a percepção que solidariedade e interesses não são mutua e necessariamente exclusivos. O Brasil, portanto, pratica seu *smart power* nas ações cooperativas. Além de obter eventuais ganhos políticos a partir dessas ações, inclusive junto a outros Estados africanos e nos espaços multilaterais (ONU, OMC, dentre outros), em um cenário de competição com outros países emergentes, principalmente China e Índia, é essencial lembrar que o continente africano vem se afirmando como uma região atraente para negócios e projetos econômicos e de desenvolvimento de infraestruturas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Célia. **A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”**. Disponível em: www.reciis.cict.fiocruz.br. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, vol.4, n.1, pp. 25-35. Rio de Janeiro, 2010.

BENATAR SR; Daar AS, Singer PA. **Global health ethics: the rationale for mutual caring**. International Affairs 2003, 79(1): 107-38.

BRANDÃO, Norma Cristina Cardoso. **Análise de redes internas de cooperação internacional na FIOCRUZ como ferramenta de gestão do conhecimento: a cooperação da FIOCRUZ com a França e com a África (PALOP)**. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP). Rio de Janeiro, 2010.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais saúde: direito de todos 2008-2011**. Brasília: Ministério da Saúde. 2007.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. **Protocolo de Intenções entre o Governo**



da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique sobre Cooperação Científica e Tecnológica na Área da Saúde. Maputo, 2003.

BRASIL – Moçambique – Capacitação em produção de medicamentos antirretrovirais – BRA/04/044 – Subprojeto S117 – Revisão E – Agência Brasileira de Cooperação (ABC) e Ministério das Relações Exteriores, 2011.

BRASIL– Moçambique – Estudo de viabilidade técnico-econômico para instalação de fábrica de medicamentos em Moçambique para a produção de medicamentos antirretrovirais e outros – BRA/04/044 – Agência Brasileira de Cooperação (ABC) e Ministério das Relações Exteriores, 2005.

BRASIL, Telegrama Embaixada do Brasil em Moçambique para Itamaraty, número 00274/ Março de 2007.

BUSS, Paulo. FERREIRA, José Roberto. **Ensaio Crítico sobre a Cooperação Internacional em Saúde.** RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde, v.4, n.1, p.93-105. Rio de Janeiro, 2010.

BUSS, Paulo. LEAL, Maria do Carmo. **Saúde Global e Diplomacia da Saúde.** In: Caderno de Saúde Pública vol.25 no.12. Rio de Janeiro, 2009.

CASTRO, José Flávio. **A relação entre patentes farmacêuticas, doenças negligenciadas e o programa brasileiro de produção e distribuição de medicamentos.** Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UNESP. Araraquara, 2012.

CHADE, J. **OMS vai copiar política contra a AIDS do Brasil.** O Estado de S. Paulo, 20 mai. 2003.

FEDATTO, Maíra. **A Fiocruz e a Cooperação para África no Governo Lula.** Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais da Universidade de Brasília, 2013.

FIOCRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro.** Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2013.

GONZAGA, Larissa de Paula. **Saúde Pública Global e o Novo Regulamento Sanitário Internacional.** Caderno Ibero Americano de Direito Sanitário. Brasília, 2012.

HIRST, Mônica Ellen Scabra, **As relações Brasil-Estados Unidos desde uma**



perspectiva multidimensional: evolução contemporânea, complexidades atuais e perspectivas para o século XXI. 201p. Porto Alegre, UFRGS – Tese (Doutorado em Estudos Estratégicos Internacionais), 2011.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional: 2005-2009.** Brasília: IPEA, 2010.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Relatório Nacional de Acompanhamento Objetivos de desenvolvimento do milênio.** Brasília: IPEA, 2010. Brasília: Presidência da República, 2010.

LEITE, Iara Costa; SUYAMA, Bianca; WAISBICH, Laura Trajber. **Para além do tecnicismo: a Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional e caminhos para sua efetividade e democratização.** Policy Briefing. São Paulo: CEBRAP, 2013.

LOPES, Roberta. **O Governo Brasileiro e a Cooperação Sul-Sul com Moçambique no Campo da Saúde Pública.** Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Escola de Gestão e Negócios da Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO), 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cooperação Saúde nº 3. **Boletim de Atuação Internacional em Saúde.** Brasília, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório de Gestão 2010 da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

PARANAGUÁ, José. **Cooperação Sul-Sul na área da saúde: dimensões bioéticas.** Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde na Universidade de Brasília (UnB), 2012.

PUENTE, Carlos Alfonso Iglesias. **A Cooperação Técnica Horizontal brasileira como instrumento da política externa: a evolução da cooperação técnica e com países em desenvolvimento – CPTD – no período 1995-2005.** Fundação Alexandre de Gusmão, Ministério das Relações Exteriores, Brasília, 2010.

SOUZA, André de Mello. **O Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual relacionados ao Comércio: implicações e possibilidades para a Saúde Pública no Brasil.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Rio de Janeiro, 2012.



USAID. United States Agency for International Development. Report to Congress: **Health Related Research and Development Strategy**. Washington, 2012

VAZ, Alcides; INOUE, Cristina. **Les économies émergentes et l'aide au développement international: Le cas du Brésil**. Paris: IDRC/CRDI, 2007.

VENTURA, Deisy. **Saúde pública e política externa brasileira**. Sur – Revista Internacional de Direitos Humanos, v. 10, n. 19, 2013.

VIGEVANI, Tullo; CEPALUNI, Gabriel. **A política externa de Lula da Silva: a estratégia da autonomia pela diversificação**. Contexto Internacional. vol.29Rio de Janeiro, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constituição de La Organización Mundial de La Salud. Documentos básicos, suplemento de la 45ª edición, octubre de 2006. [on line] Disponível em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf