



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

[cecilia@claves.fiocruz.br](mailto:cecilia@claves.fiocruz.br)

Associação Brasileira de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva  
Brasil

da Silva Fedatto, Maíra  
Epidemia da AIDS e a Sociedade Moçambicana de Medicamentos: análise da  
cooperação brasileira  
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 7, julho, 2017, pp. 2295-2304  
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63051952022>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Epidemia da AIDS e a Sociedade Moçambicana de Medicamentos: análise da cooperação brasileira

The AIDS Epidemic and the Mozambican Society of Medicines: an analysis of Brazilian cooperation

Maíra da Silva Fedatto<sup>1</sup>

**Abstract** *This article analyzes the Brazilian South South Cooperation in Health in Mozambique, specifically the fight against the AIDS Epidemic through the Antiretroviral Factory, in light of the concept of Structural Cooperation in Health, and with a basis in the literature on Cooperation for Development and Global Health. Thus, the article is divided into four parts: (i) a historical-bibliographic review of health as an International Relations issue; (ii) an overview of the field of health in Mozambique; (iii) an historical-political-conceptual debate about both types of International Cooperation for Development: North-South Cooperation and South-South Cooperation; (iv) a study about the antiretroviral factory, better known as the Mozambican Society of Medicines (Sociedade Moçambicana de Medicamentos). Through a case study, our goal is to verify if the Brazilian actions in Mozambique are in accordance with the concepts defended by the Structural Cooperation in Health, as well as to create new inquiries for academic debate.*

**Key words** *International cooperation for development, AIDS, Mozambique, Structural cooperation in health*

**Resumo** *Com base na literatura sobre Cooperação para o Desenvolvimento e Saúde Global, o artigo à luz do conceito de Cooperação Estruturante em Saúde, analisa a cooperação sul-sul do governo brasileiro no campo da saúde em Moçambique, mais especificamente o combate ao HIV através da Fábrica de Antirretrovirais. O artigo se divide em (i) revisão histórico-bibliográfica da Saúde como um tema de Relações Internacionais; (ii) um panorama geral sobre a saúde em Moçambique; (iii) um debate histórico-político-conceitual sobre as duas vertentes da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento: a Cooperação Norte-Sul e a Cooperação Sul-Sul (iv) um estudo sobre a fábrica de medicamentos antirretrovirais HIV-AIDS, conhecida como Sociedade Moçambicana de Medicamentos. O objetivo do trabalho é, através de um estudo de caso, verificar se as ações brasileiras em Moçambique seguem os conceitos defendidos pela Cooperação Estruturante em Saúde e gerar novos questionamentos para o debate acadêmico.*

**Palavras-chave** *Cooperação internacional para o desenvolvimento, AIDS, Moçambique, Cooperação estruturante em saúde*

<sup>1</sup> Instituto de Relações Internacionais, Universidade de São Paulo. Av. Professor Lúcio Martins Rodrigues, Butantã. 05508-020 São Paulo SP Brasil. mafedatto@gmail.com

## Introdução

*Todos sabem que as pestes são recorrentes no mundo e, todavia, é difícil acreditar quando elas se abatem sobre nós. Houve tantas pestes quantas guerras no mundo; e, ainda assim, pestes e guerras sempre pegam as pessoas igualmente de surpresa*<sup>1</sup>.

Tendo como ponto de partida a afirmação de Camus<sup>1</sup> é que se propõe o presente artigo, visto que, passadas quase duas décadas do século XXI, o combate à epidemia da AIDS representa um dos maiores desafios das políticas globais e nacionais de saúde pública. Afirmação confirmada pelo relatório da UNAIDS *How AIDS changed everything*, divulgado em Addis Abeba durante a 3ª Conferência Internacional sobre o Financiamento para o Desenvolvimento, em julho de 2015. Escrito pelo Secretário Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), Ban Ki-moon, o prefácio do Relatório afirma que a resposta mundial ao HIV é incomparável, pois, tratou-se de um *turning point* para o reconhecimento da saúde como um direito humano.

Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que, desde sua descoberta nos anos 1980, a epidemia infectou aproximadamente 70 milhões de pessoas, das quais cerca de 35 milhões morreram. Estima-se, ainda, que 36,7 milhões de pessoas vivam com o HIV e que 0,8% dos adultos com idades entre 15-49 anos no mundo sejam soropositivos, embora a gravidade da epidemia varie consideravelmente entre países e regiões<sup>2</sup>. A Resolução 1983<sup>3</sup> do Conselho de Segurança da ONU afirma que “o HIV representa um dos maiores desafios para o desenvolvimento, o progresso e a estabilidade das sociedades e requer uma resposta global, sistemática e abrangente dos Estados Membros, das parcerias públicas e privadas, de Organizações Não governamentais”. A adoção dessa resolução configura-se importante não apenas no que tange à inequívoca relação entre saúde e relações internacionais, mas evidencia ainda a doença como um desafio urgente para a cooperação internacional.

Com efeito, o fenômeno da propagação internacional de doenças infecciosas caracteriza o que David Held<sup>4</sup> chama de *boundary problems*. Para o autor, a comunidade política democrática vem sendo crescentemente contestada por pressões e problemas regionais e globais que abalam as barreiras entre a política doméstica e a internacional, bem como as preocupações relativas à soberania do Estado-Nação e à inserção internacional. A epidemia da AIDS/HIV é incluída pelo autor nos denominados *boundary problems*. Nesse sentido,

objetiva-se chamar a atenção para o temário da saúde global no âmbito da política internacional, pois se percebe fundamental a aproximação dos programas de estudo de relações internacionais e da saúde que, com frequência, estão concentrados isoladamente nos profissionais das áreas.

Para além da (importante) discussão sobre o termo Saúde Global, o presente artigo adotou a compreensão trazida por Kickbusch<sup>5</sup>, na qual o foco primordial é o impacto da interdependência global nos determinantes da saúde e a resposta política dos países, das organizações internacionais e de outros diversos atores desta seara, assim, seu objetivo seria o acesso igualitário à saúde em todas as regiões do planeta. Nessa perspectiva, destaca-se que os países de renda baixa e média possuem limitações críticas de governança, além de baixa capacidade de formular e implementar políticas públicas de saúde que sejam eficazes para suas populações. Além dos precários sistemas de saúde, que não possuem recursos tecnológicos básicos, os profissionais da área não obstante serem escassos, pouco capacitados e remunerados, ainda migram para os países em desenvolvimento<sup>6</sup>. Diante deste cenário, os países mais pobres acabam dependentes da ajuda internacional, que se torna determinante para a melhoria das condições de vida e saúde de suas populações.

No cenário exposto, somado ao crescente debate global sobre a eficácia das ajudas internacionais, é que se insere este artigo, dividido em quatro partes. Primeiramente realizou-se uma breve revisão histórico-bibliográfica sobre Saúde nas Relações Internacionais. Posteriormente buscou-se construir uma imagem geral da saúde de Moçambique e específica da epidemia da AIDS e da forma como tanto os países desenvolvidos quanto os em desenvolvimento atuam no país nesta seara. Foi realizada, ainda, uma breve discussão sobre as vertentes da Cooperação Internacional em sua perspectiva histórica e política. Por fim, problematizamos a cooperação brasileira para o combate à AIDS em Moçambique, especificamente através da Fábrica de Antirretrovirais – mais conhecida como Sociedade Moçambicana de Medicamentos (SMM) –, enfocando suas possibilidades e suas limitações à guisa de uma conclusão das reflexões.

## Os Caminhos do Texto (Métodos)

A construção do texto seguiu três caminhos diferentes, porém complementares entre si. O primeiro constituiu-se de um bosquejo pela lite-

ratura sobre o tema com o intuito de situar e contextualizar o debate resultando nos itens número um e dois. Pelo caminho um também se realizou uma visita à teoria com o intuito de buscar apoio para a conceituação teórica que compõe o item três do artigo. Neste sentido, diante da persistência da epidemia do HIV/AIDS em Moçambique, buscou-se desvendar se as diferenças teóricas e conceituais em relação à Cooperação Norte-Sul (CNS), se refletem nas ações e projetos de Cooperação Sul-Sul (CSS), tomando como estudo de caso a implantação da Fábrica de Antirretrovirais pelo Brasil no país africano.

Por seu lado, o segundo caminho configurou uma reflexão documental orientada por um olhar analítico-sintético e um exame atento das fontes. A análise documental amparou-se, principalmente, em publicações da Fiocruz, artigos da imprensa – tanto brasileira quanto moçambicana – sobre a Fábrica de Antirretrovirais e o estudo de viabilidade técnico-econômico para sua instalação.

Finalmente, o caminho três foi constituído por entrevistas realizadas pela autora em Moçambique, no mês de outubro de 2015. Foram entrevistados cinco profissionais, brasileiros e moçambicanos, de diversos institutos: Embaixada do Brasil em Maputo, Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU), Sociedade Moçambicana de Medicamentos e médicos locais. Todas as entrevistas foram, inicialmente, transcritas. Essa opção, em nossa avaliação, reveste-se de alta relevância visto que se configura como uma forma de dar voz às pessoas que – grosso modo – podem ser denominadas população alvo desse projeto, bem como aquelas que participam da realidade da cooperação promovida pelo Brasil no combate à AIDS/HIV no país moçambicano.

### O lugar da Saúde na Política Internacional

As questões de saúde e da penetração internacional de doenças são longínquas, bem como concertações de países que buscavam discutir o impacto das epidemias no comércio internacional, a saber, a Primeira Conferência Sanitária Internacional, em 1851. No entanto, foi em 1948, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que se reconhece a saúde como direito inalienável de toda e qualquer pessoa e como um valor social a ser perseguido por toda a humanidade. A partir de então, progressivamente, diversos Estados passaram a incluir este e outros direitos humanos em suas constituições, convertendo-os em direitos fundamentais.

Na esteira da reestruturação do mundo após a Segunda Guerra, o Conselho Econômico e Social (ECOSOC) convocou a Conferência Internacional da Saúde, na qual foram aprovados os Estatutos da Organização Mundial da Saúde. A OMS passou a existir em 1948, com sede em Genebra, com o objetivo de 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. Apesar da crise que permeia a organização, ela ainda pode ser considerada “autoridade moral e porta-voz da saúde no mundo”<sup>7</sup>.

Com efeito, experiências como a epidemia do Ebola, a gripe H1N1 e a recente declaração da OMS que distúrbio neurológico e malformações neonatais ligados ao zika vírus constituem uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) exemplificam que os desafios da saúde são transfronteiriços e, portanto, precisam ser resolvidos de forma conjunta pelos países. Neste sentido, autores como Kickbusch e Berger<sup>8</sup> defendem que as questões de saúde estão ultrapassando o reino puramente técnico e se tornando um elemento essencial das políticas externa e de segurança, bem como dos acordos comerciais. Assim,

*[...] historicamente, a saúde pública tem sido, sobretudo, uma questão de política doméstica, mas os desenvolvimentos ocorridos na última década forçaram os especialistas em saúde pública e os diplomatas a pensarem em saúde como política externa, isto é, saúde pública como questão importante para a busca dos países pelos seus interesses e valores nas relações internacionais<sup>9</sup>.*

No que diz respeito ao Brasil, é amplamente conhecida (e reconhecida) a estratégia adotada pelo ex-presidente Luis Inácio Lula da Silva, e levada a cabo pelo seu Chanceler Celso Amorim, de buscar uma maior participação do país no cenário internacional através de uma maior interdependência entre o Brasil e os demais países sul-americanos e de uma crescente união com países em desenvolvimento. Mais além, é inegável que as ações de Cooperação Sul-Sul, especialmente com o continente africano, tiveram grande impulso durante o Governo Lula. Assim, Cepik e Sousa<sup>10</sup> discutem as iniciativas de cooperação internacional em saúde a partir das diretrizes de política externa de Lula/Amorim, estabelecidas em 2003. Os autores analisam a coerência entre as diretrizes gerais da política externa e os desafios da implementação de políticas públicas

setoriais em períodos de transição e apontam para a grande diversidade e complexidade das iniciativas na área da saúde.

Com efeito, desde o início dos anos 2000, o Brasil vem buscando um maior protagonismo nos debates sobre saúde global por meio da busca por diminuição nos preços de medicamentos importados e, internamente, pela produção nacional de fármacos, ambas 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 (ARVs)<sup>11</sup>.

É importante destacar ainda que, em 2001, a 57ª Sessão da Comissão de Direitos Humanos da ONU aprovou a Resolução 33/200, proposta pela delegação brasileira, considerando o acesso a medicamentos essenciais como um direito humano à saúde. Posteriormente, em 2007, a iniciativa da Saúde Global e Política Externa, da qual o Brasil é signatário, ressaltou que saúde é um dos mais importantes assuntos de longo prazo na política externa da atualidade e afirmou a urgência de se criar novos paradigmas de cooperação, destacando as conexões entre política externa e saúde.

Aliás, não se fala em governança global de novos temas, sem pensar sobre as alianças entre os países em desenvolvimento. Na seara da saúde, destaca-se que, em 2009, sob liderança do IBAS (Fórum de Diálogo Índia, Brasil e África do Sul), a Resolução 6/29 foi aprovada, no âmbito do Conselho de Direitos Humanos da ONU, reconhecendo que “o acesso aos medicamentos é um dos elementos fundamentais para alcançar progressivamente a total realização do direito 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 os essenciais”.

Ademais, tendo em vista a agenda cooperativa dos países “emergentes” que congrega Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul (o conjunto denominado BRICS), a saúde assume uma dupla importância para o Brasil. Primeiro, o país buscava a inclusão do combate ao HIV/AIDS na agenda de cooperação social dos BRICS; em segundo lugar, a temática é importante do ponto de vista da inserção internacional do Brasil, que tem na saúde um de seus vetores mais fortes de atuação<sup>12</sup>. Neste sentido, o relatório do Global Health Initiative de 2012 aponta que o montante

destinado à saúde dos países BRICS – individualmente – vem crescendo nos últimos anos, na contramão dos tradicionais países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), como os Estados Unidos, que frearam o financiamento para saúde global por causa da crise financeira de 2008.

A saúde, portanto, progressivamente se insere nas estratégias das economias emergentes que buscam soluções para os problemas comuns do Sul global e, também, uma maior democratização das organizações internacionais. A disponibilização de medicamentos aos países em desenvolvimento, por exemplo, tem sido uma das pautas, mas esbarra no controverso acordo de proteção à propriedade intelectual.

Destarte, Souza<sup>13</sup> assegura que a política externa brasileira concernente à saúde tem buscado caracterizar o acesso a medicamentos essenciais como uma questão de direitos humanos e, amparado neste entendimento, credenciou-se para instalar uma Fábrica de Medicamentos Antirretrovirais em Moçambique. Este objetivo da cooperação brasileira para a saúde está claro no artigo 1º do Ajuste Complementar ao Acordo Geral de Cooperação entre Brasil e Moçambique:

*O presente Ajuste Complementar tem por objeto a implementação do projeto de instalação da fábrica de antirretrovirais e outros medicamentos em Moçambique, cuja finalidade é transferir conhecimentos na área de produção, de gestão industrial e de controle de qualidade de antirretrovirais e de outros medicamentos, visando à ampliação e à melhoria do acesso a esses medicamentos por parte da população moçambicana afetada pelo vírus HIV/SIDA e por outros agravos à saúde*<sup>14</sup>.

Assim, tendo em mente que a Cooperação Sul-Sul surgiu como forma de contornar as condicionalidades da ajuda externa (Norte-Sul), busca-se compreender as inovações propostas pela CSS a fim de investigar a veracidade e a aplicabilidade deste conceito nas práticas cooperativas, o foco é a principal ação do Brasil em Moçambique.

### A Saúde em Moçambique

Acreditamos ser fundamental esclarecer o objeto de estudo escolhido. Moçambique localiza-se na região sul da África Subsaariana, local onde a epidemia de AIDS é generalizada. De acordo com a estimativa da UNAIDS<sup>15</sup>, a taxa de prevalência da população adulta (15-49 anos) é de 10,5%. Ademais, diante de uma população de 24,5 milhões de habitantes, 1,5 milhões de pes-

soas vivam com AIDS no país e 590.000 crianças ficaram órfãs, com a morte dos pais devido a causas relacionadas ao HIV. Lembra-se ainda que aproximadamente 50% da infraestrutura moçambicana de saúde foi destruída durante a guerra civil, de 1977 a 1992, que assolou o país e que apesar de um relativo aumento, somente 53% dos moçambicanos afetados pelo HIV tem acesso a tratamento<sup>16</sup>.

O HIV consiste, ainda, em um desafio para além do âmbito da saúde, envolvendo questões culturais e religiosas. Estima-se, por exemplo, que, na capital Maputo, aproximadamente 50% das pessoas sexualmente ativas usam preservativo, essa porcentagem cai para abaixo de 30% em outras cidades, como Nampula. Os dados são do Instituto Nacional de Saúde de Moçambique que, em parceria com a USAID (United States Agency for International Development), elaborou a publicação "HIV no seio dos casais em Moçambique"<sup>16</sup>.

Com efeito, os dados mais recentes das despesas domésticas e internacionais no combate ao HIV, de acordo com o Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS), indicam que se atingiu, em 2014, o valor recorde de USD 332,5 milhões gastos em programas de HIV, o que corresponde a um crescimento de 28% sobre o montante de USD 260,3 milhões apurados para 2011. É central para este artigo destacarmos a forte dependência da resposta nacional à epidemia da AIDS do financiamento externo, o qual representou cerca de 95% (USD 314,1 milhões) do total dos gastos realizados em 2014. Os recursos públicos domésticos foram 4,9% (USD 16,2 milhões) e os privados domésticos cerca de 0,7% (USD 2,2 milhões) do total dos gastos em 2014.

Apesar das ações de Cooperação, tanto Norte-Sul quanto Sul-Sul, e dos altos montantes correspondentes da ajuda externa (como observados acima), Moçambique continua a apresentar baixos índices de desenvolvimento humano e a fazer parte da lista dos países mais pobres do mundo, com um PIB per capita de US\$ 1.262 e o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) de 0.393. Assim, com o propósito de colaborar para o entendimento da contribuição das ações cooperativas nos avanços da saúde global é que se insere esta proposta.

#### **Cooperação Internacional: pluralismo e solidariedade?**

A saúde é reconhecida como tema preeminente na agenda tanto da tradicional Cooperação

Norte-Sul quanto da Cooperação Sul-Sul. Com efeito, diante de um acelerado agravamento da desigualdade no mundo, os países intensificaram propostas de ajuda internacional e filantropia, visando minorar os problemas de saúde e melhorar as condições de vida das populações.

Uma retomada histórica nos mostra que a primeira vertente de ajuda internacional a se institucionalizar foi a Cooperação Norte-Sul, no entanto, na esteira da Guerra Fria, a lógica da Segurança Internacional influenciou seus canais de afluxo de recursos. Neste sentido, desde sua criação, a CNS esteve condicionada a interesses nacionais, econômicos e ideológicos das potências, bem como sua busca por maior inserção no cenário internacional. Como afirmam Hirst e Antonini<sup>17</sup>:

*Ao mesmo tempo em que se observa a expansão da demanda de cooperação, corre-se o risco de um crescente esvaziamento de seus atributos como instrumento de transformações estruturais, que seja capaz de mobilizar trocas efetivas nas condições sociais e político-institucionais dos países receptores.*

Uma crítica apontada por Milani<sup>18</sup> é que por meio da cooperação internacional e da promoção do desenvolvimento têm sido difundidas visões políticas que, muitas vezes, desconsideram as contradições e as assimetrias entre as classes sociais, as sociedades, as nações e a economia internacional e, ainda, praticam ingerências de natureza cultural, social, econômica e política nos países receptários. O autor também critica a capacidade de absorção da ajuda fornecida pelos destinatários, ou seja, se as ações de *foreign aid* trazem benefícios reais aos seus beneficiários (governos e sociedade) e se estes possuem capacidade de implementação de tantos projetos e programas.

De acordo com estudos pós-colonialistas das Relações Internacionais, os Estados, apesar da condição de soberania, apresentam graves carências na sua organização interna, bem como no seu desenvolvimento. Neste sentido, Manzo<sup>19</sup> afirma que, após a II Guerra Mundial, a comunidade internacional elaborou discursos que visavam a adoção mundial de valores como direitos humanos, democracia e humanismo, cuja base seriam valores e tradições originadas no Ocidente, desconsiderando a complexidade existente no processo de formação dos valores das novas sociedades. Nesse contexto, mais do que um instrumento de assistência a populações empobrecidas, a cooperação internacional passou a complementar as estratégias de construção



e manutenção da hegemonia mundial das grandes potências. É possível, portanto, perceber uma assimetria entre o discurso da solidariedade e as práticas da CNS, ilustrada através de:

*[...] inúmeros projetos que exigiram (e ainda exigem...) a aquisição de equipamentos e serviços dos próprios Estados doadores, a mobilização quase exclusiva de seus especialistas, o cumprimento de uma série de condições políticas (direitos humanos, boa governança, etc.), além de interpretações verticalizadas das necessidades da população local. Pode-se afirmar que, durante muito tempo, cooperar para o desenvolvimento foi considerado sinônimo de transferência direta de práticas e tecnologias com base em modelos desenvolvimentistas e, sobretudo, ocidentais<sup>20</sup>.*

Assim, em 2008, a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico promoveu o 3º Fórum de Alto Nível sobre Eficácia da Ajuda, no qual foi sugerida uma mudança nas políticas de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento dos países do Norte e a incorporação dos receptores da ajuda como parceiros no processo. O debate sobre a efetividade da ajuda internacional passa a ser mais consensual a partir de 2011, com a Declaração de Busan que tenta coordenar a ação dos antigos e novos atores do campo da cooperação:

*Temos também uma arquitetura da cooperação para o desenvolvimento mais complexa, caracterizada por um maior número de actores estatais e não estatais, bem como pela cooperação entre países em diferentes etapas de desenvolvimento, muitos deles países de renda média. A cooperação sul-sul e triangular, novas formas de parceria público-privada e outras modalidades e veículos para desenvolvimento ganharam mais espaço, complementando formas de cooperação norte-sul<sup>21</sup>.*

A Cooperação Sul-Sul começou a ganhar visibilidade a partir dos anos 1970 com uma abordagem mais direcionada às Necessidades Humanas Básicas (NHB), que aliava uma maior preocupação com os aspectos sociais do desenvolvimento humano. Lechini<sup>22</sup> define a Cooperação Sul-Sul como uma ação fundamentalmente política, que ocorre de forma bilateral ou multilateral, com o objetivo dos países conseguirem maior poder ao agirem em conjunto e, com isso, alcançarem um papel de maior destaque no mundo das relações internacionais.

Nesse contexto, observamos a construção do poder do Estado, e de como a projeção deste poder representa uma importante ferramenta para se conseguir influência e relevância internacional. Nye Junior<sup>23</sup> afirma que para alcançar o *smart*

*power* é necessário investir em bens públicos globais, oferecendo-os às populações e governos, que não os podem alcançar por conta própria. No caso do estudo em tela seria promover o desenvolvimento econômico, garantindo a saúde pública.

Este raciocínio é corroborado por Vaz e Inoue<sup>24</sup>, que afirmam que a cooperação é usada como instrumento de política externa visando fortalecer a liderança do Brasil na América Latina e criar mercados em outros lugares. Ou seja, a cooperação brasileira poderia ser entendida como uma expressão do *smart power* brasileiro.

No entanto, o discurso oficial defende a ideia de uma política externa solidária no campo da Cooperação para o Desenvolvimento guiada pelas prioridades nacionais de desenvolvimento. De acordo com o Ministério das Relações Exteriores<sup>25</sup>:

*[...] a cooperação com países em desenvolvimento contribui para consolidar a autonomia dos países parceiros, promovendo um crescimento sustentável que garanta inclusão social e respeito ao meio ambiente. [...] A cooperação técnica prestada pelo Brasil a países em desenvolvimento (Sul-Sul) se vale da capacidade instalada de instituições nacionais especializadas, sem necessidade de recorrer à mobilização de vultosos recursos financeiros. Estrutura-se a partir de uma demanda local específica, enfatiza a apropriação dos resultados pelas instituições locais e é desenvolvida sem condicionalidades – ou seja, sem a exigência de contrapartidas.*

Portanto, em contraste com a ajuda internacional, a cooperação brasileira se propõe mais participativa e voltada para a demanda, desvinculada de interesses comerciais imediatos e orientada pelo princípio da solidariedade e da não indiferença. É fundamental, no entanto, destacar que a diferença não se encontra na ausência de interesses econômicos brasileiros nos países receptores, mas na ausência de condicionalidades, sobretudo de ordem macroeconômica, e no conteúdo dessa cooperação.

As ações de CSS, no entanto, também apresentam limitações, dentre as quais se destaca a ausência de um órgão de coordenação de ações – a exemplo do Comitê de Ajuda ao Desenvolvimento para a Cooperação Norte-Sul no âmbito da OCDE. Além disso, muitos países que promovem a CSS não têm registro de suas ações, volumes e destinatários, o que dificulta muito a análise da dimensão e do progresso da cooperação<sup>26</sup>. Hirst<sup>27</sup> ainda ressalta que os países que cooperam nessa modalidade possuem recursos financeiros limitados e grande parte dos receptores possui elevada fragilidade institucional bem como limitações críticas de governança, somadas a baixa

capacidade de formular e implementar políticas públicas eficazes.

Tendo em vista que um estudo da Universidade de Brown de 2014 apontou que, desde 1980, observa-se um número crescente de doenças infecciosas provindas de, igualmente crescentes, fontes, concorda-se com Buss e Ferreira<sup>6</sup> sobre a necessidade da cooperação internacional em saúde, bem como os prognósticos para o cenário da área. Para os autores, o balanço da cooperação internacional em saúde parece ser positivo, embora se perceba grande distância entre a intenção e a materialização das ações para a área. Percepção central para os objetivos deste artigo.

### **Cooperação Estruturante em Saúde: a Sociedade Moçambicana de Medicamentos**

O Programa Nacional de DST/AIDS foi criado em 1986, no Brasil, em um cenário de reformas político-sociais, marcado por um movimento organizado da sociedade civil em defesa da saúde como um direito de todos e dever do Estado. Esse direito foi, posteriormente, reconhecido no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, servindo de base para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, cujo fundamento basilar é o acesso universal, equitativo e integral a serviços de saúde.

A resposta brasileira à epidemia da AIDS ampara-se na Lei nº. 9.313/1996 que garante, em seu artigo 1º, a distribuição gratuita pelo SUS de medicamentos a todos os soropositivos que tenham indicação de recebê-los e foi a primeira iniciativa governamental no mundo a promover acesso universal aos antirretrovirais.

O Programa Nacional de DST/AIDS tem como objetivos formular e fomentar políticas públicas visando conter a transmissão do HIV, bem como promover a saúde de pessoas convivendo com a AIDS. Nesse sentido, desenvolve uma política unificada de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença, oferecendo serviços de forma descentralizada, por meio de centros de referência e casas de apoio, além de capacitar profissionais da área da saúde e apoiar a pesquisa<sup>28</sup>. Também são significativas as campanhas educativas e de prevenção que incluem a distribuição de preservativos, bem como campanhas direcionadas a populações vulneráveis, tais como profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis e homossexuais<sup>29</sup>.

Considera-se, portanto, que a luta contra a epidemia de AIDS no Brasil é um exemplo de sucesso, sendo demonstrada pela queda dos índices

de mortalidade e morbidade a partir de 1996 e sustentada pela organização da rede de serviços, pela disponibilização de medicamentos antirretrovirais e pelas ações de prevenção.

O cenário exposto – tanto doméstico quanto internacional – aliado à prioridade que a Cooperação Sul-Sul teve no governo Lula, credenciou o Brasil a propor seu mais ambicioso projeto de cooperação internacional para o desenvolvimento: a implantação de uma Fábrica de Antirretrovirais em Moçambique. Como afirmado anteriormente, o histórico que perpassa as negociações e a implementação do acordo cooperativo foi abordado pela autora em sua dissertação de Mestrado intitulada “A Fiocruz e a Cooperação para a África no Governo Lula”<sup>30</sup>. Aqui, procura-se compreender se houve uma eficácia prática do conceito de Cooperação Estruturante em Saúde.

Primeiramente, cabe esclarecer que o conceito de Cooperação Estruturante em Saúde, desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) é central para as ações de Cooperação Internacional em Saúde do Brasil. Assim, Almeida<sup>31</sup> elucida que o foco da Cooperação Estruturante é o treinamento de recursos humanos e a construção de capacidades em pesquisa, ensino ou serviços e para o fortalecimento ou criação de “instituições estruturantes” do sistema de saúde, tais como ministérios da saúde, escolas de saúde pública, institutos nacionais de saúde, universidades ou cursos técnicos, escolas politécnicas em saúde, institutos de desenvolvimento tecnológico e de produção de insumos, incluindo fábricas de medicamentos. A proposta é que estas instituições ajam conjuntamente em redes nacionais e regionais e apoiem os esforços de estruturação e fortalecimento dos sistemas de saúde de seus respectivos países.

Com efeito, 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”. Os objetivos estabelecidos foram: (a) garantir o fornecimento de ARV para o tratamento do HIV no país; (B) dar início à fabricação de genéricos farmacêuticos em Moçambique, permitindo o cumprimento dos objetivos das políticas nacionais de Atenção Primária e farmacêuticos; (C) reduzir a dependência do país em doações e importações farmacêuticas; e (D) contribuir para a criação de capacidade local de produção farmacêutica e gestão industrial<sup>32</sup>.

Posteriormente, o Ministério da Saúde do Brasil e a Fiocruz realizaram um estudo de via-



bilidade técnico-econômica para a instalação da Fábrica. Apesar de amplamente conhecida como “a fábrica de antirretrovirais brasileira” por causa do seu foco inicial no apoio à luta nacional contra a AIDS, tendo sido percebida a complexidade da produção de antirretrovirais (ARVs) com poucos recursos, a empresa foi oficialmente registrada como Sociedade Moçambicana de Medicamentos. Mais além, apesar das grandes expectativas observadas no país africano na época do acordo, atualmente, não se fala muito sobre a fábrica no país, mesmo nas instituições que estiveram envolvidas, como o Ministério da Saúde. Entende-se, internamente, que ela esteja numa fase de estabelecimento e criação de processos, com objetivos em longo prazo (Entrevistado 1).

Sobre as atribuições financeiras, o projeto previa que o Brasil doaria os equipamentos da fábrica – em um total estimado de US\$ 5.000.000,00 – bem como toda documentação necessária para a fabricação e o controle de qualidade dos produtos a serem fabricados<sup>30</sup>. Essa documentação é constituída pelos dossiês de registro, que é a descrição de todo processo de fabricação e a parte analítica para produzir cada um dos medicamentos. Foi o início da transferência de tecnologia (Entrevistado 2).

Por outro lado, Moçambique se encarregaria das obras para instalação da fábrica, num total estimado de US\$ 5.400.000,00<sup>30</sup>. No entanto, após a compra de uma antiga fábrica de soros em Matola, o governo moçambicano afirmou que não tinha condições de bancar as obras. Configurando-se o primeiro impasse. Neste sentido, vale lembrar que a Cooperação Estruturante promovida pelo Brasil não tem seu foco nos aportes financeiros. O impasse e os três entrevistados – de distintas instituições – corroboraram esta característica. A resolução deu-se a partir da doação da Vale do Rio Doce de 75% dos custos das obras para inteirar a contrapartida moçambicana<sup>33</sup>.

Atualmente a equipe da Sociedade Moçambicana de Medicamentos conta com 11 brasileiros e 51 moçambicanos, as expectativas eram de uma equipe local maior, porém o entrevistado revela a dificuldade de contratação devido à falta de especialização da população: “para as três vagas para farmacêutico, tivemos quatro candidatos, dos quais apenas um tinha formação em Farmácia”. Mais além, observa-se a necessidade de capacitação da equipe local, pois é essencial o domínio da tecnologia na fabricação e no conhecimento técnico para que essa fabricação se encaixe nos requisitos regulatórios (Entrevistado 2). No que tange à formação de recursos huma-

nos, lembramos que ela constitui uma das vertentes da cooperação técnica internacional do Brasil:

*A CGPD brasileira se faz pela transferência de conhecimentos técnicos e experiência do Brasil, em bases não-comerciais, de forma a promover a autonomia dos parceiros envolvidos. Para tanto se vale dos seguintes instrumentos: consultorias, treinamentos e a eventual doação de equipamentos*<sup>34</sup>.

Neste sentido, há uma contínua e progressiva transferência de conhecimento. Até outubro de 2015, 55 etapas de formação já haviam sido realizadas. Ao treinamento convencional – realizado pela Agência Brasileira de Cooperação, onde técnicos brasileiros ministram cursos de curta duração com temáticas específicas, em Maputo – soma-se a “imersão”, de aproximadamente um mês, dos moçambicanos em Farmanguinhos e a “a possibilidade de se fazer visitas a outras indústrias farmacêuticas para ter uma visão mais ampla do processo”.

Observa-se também o acompanhamento, o suporte e a supervisão das atividades da fábrica por profissionais brasileiros específicos (farmacêuticos, químicos) enviados a Maputo, esse acompanhamento é considerado pelos brasileiros como “formações complementares”, pois são realizadas com base nas atividades que estão sendo executadas no momento e na necessidade de aperfeiçoamento em relação a novas atividades que serão desenvolvidas bem como objetivando garantir a correta aplicação dos conhecimentos adquiridos nas capacitações “formais”. Contudo, de uma forma geral “hoje, a formação se dá pela atividade contínua dentro da fábrica, o aprendizado está no exercício e na manipulação das atividades dentro da produção e do controle de qualidade” (Entrevistado 2).

A Sociedade Moçambicana de Medicamentos, até outubro de 2015, havia fabricado Haloperidol, posteriormente Propranolol e – no momento da entrevista – estava trabalhando com três lotes Captopril. Nota-se que nenhum desses medicamentos são antirretrovirais, como previsto no projeto de 2013. Questões logísticas constituem-se como o principal impedimento para a fabricação dos antirretrovirais, tendo em vista que todos os insumos são enviados do Brasil para Moçambique, assim, a produção acaba dependente do que é disponibilizado por Farmanguinhos. Outro obstáculo observado é a dificuldade de criar atividades em áreas que antes eram inexistentes, tanto no lado brasileiro quanto moçambicano. Por exemplo, Farmanguinhos por ser uma produtora de medicamentos, importava os

insumos; hoje, está tendo que os exportar para Moçambique (Entrevistados 2 e 3).

De um modo geral, pode-se observar que, além da complexidade para a implementação de um projeto como o proposto pelo governo brasileiro – tais como falta de mão de obra especializada, obstáculos burocráticos e uma complexa e interdependente cadeia produtiva –, somam-se os persistentes desafios comuns à CSS de forma geral, como a inexistência de políticas públicas que garantam planejamento, coordenação e fluxo sustentável de recursos para responder às crescentes demandas dos países.

### Considerações Finais

Ao finalizar este estudo entendemos ter atingido o objetivo proposto no sentido de contribuir para o debate acadêmico sobre a importância da saúde como tema das relações internacionais e das políticas externas dos países, visto que o alerta de Camus citado na epígrafe continua valendo para o século XXI. Em outros termos, o artigo soma-se às vozes que chamam atenção para o fato de que as epidemias desconhecem fronteiras, exigindo, portanto, ações concretas de combate.

A nosso ver as reflexões reforçam a ideia de que a cooperação e a diplomacia podem e devem caminhar juntas ampliando a visão da saúde para além do controle de doenças e levando em consideração os determinantes sociais. Ou seja, essa parceria desemboca na revisão do conceito de saúde, o qual deixa os limites domésticos e emerge como um direito universal.

Outrossim, é possível apontar o pioneirismo e a audácia brasileiros ao analisarmos a Sociedade Moçambicana de Medicamentos. Visto que pela primeira vez um projeto de Cooperação Internacional proporcionou, simultaneamente, transferência de conhecimento e tecnologia, capacitação de recursos humanos e investimento em infraestrutura. Um processo cujo objetivo era/é a autonomia em longo prazo, tanto na gestão como na área técnica da produção, com a instalação de uma fábrica para ser gerida em sua plenitude por moçambicanos. Todavia, a Sociedade Moçambicana de Medicamentos não opera para o fim para o qual foi criada: a produção de retrovirais. Fato lamentável, por um lado, considerando que a AIDS grassa a população do país, mas que por outro tem possibilitado ao governo o fornecimento de remédios para doenças crônicas. O argumento é a complexidade da

produção dos antirretrovirais, que, no entanto, a nosso ver não deve servir como pretexto para o não cumprimento da proposta original. Esse “desvio de função” da Sociedade Moçambicana de Medicamentos conduz à necessidade de levar em consideração a realidade local, sua história, sua cultura, antes de “impor” qualquer projeto de cooperação.

Sob a ótica da Cooperação Estruturante em Saúde, no caso em questão, é possível afirmar que houve aplicação prática desses conceitos. Ampara-se esta conclusão na transferência de tecnologia a partir da doação dos dossiês de registro e de toda documentação com a descrição do processo produtivo de cada um dos medicamentos, na contínua capacitação da mão de obra local e no investimento no estabelecimento de uma instituição nacional de saúde que têm caráter estruturante para auxiliar no desenvolvimento do sistema nacional de saúde. Contudo, a nosso ver, o termo “estruturante” implica/requer uma urdida para além da “boa vontade” do país doador. Isto é, pelas entrevistas somos informados que Moçambique carece de mão de obra qualificada para garantir o funcionamento eficaz da Sociedade Moçambicana de Medicamentos.

As análises documentais complementadas pelas entrevistas corroboraram o discurso defendido pelos países em desenvolvimento, no caso em tela o Brasil, de que a Cooperação Sul-Sul diferencia-se fundamentalmente das ações verticais de ajuda internacional promovidas pelos países do Norte. A CSS tanto no discurso quanto na prática observada se diz orientada pela demanda dos países beneficiários, por responsabilidades mútuas e pela não condicionalidade.

Finalmente, é aparente os desafios que a Sociedade Moçambicana de Medicamentos irá enfrentar (e que vem enfrentando desde o início do acordo de cooperação). Destaca-se o fato que a ausência no país tanto da indústria farmacêutica quanto de um sistema do ensino superior com qualidade e relevância da formação ministrada, vem dificultando a contratação de mão de obra local especializada e experiente. Situação paradoxal, pois mão de obra local é uma exigência para a SMM e central nos conceitos da Cooperação Estruturante. Notam-se ainda as dificuldades logísticas, burocrática e as elevadas exigências sanitárias e da interdependente cadeia de produção farmacêutica que envolve importação de insumos, fabricação, distribuição e comercialização de medicamentos, além da expertise técnica e analítica.

## Referências

1. Camus A. *The Plague*. Nova Iorque: Vintage International; 1991.
2. World Health Organization (WHO). *Global Health Observatory (GHO) data*. 2017. [acessado 2017 maio 23]. Disponível em: <http://www.who.int/gho/hiv/en/>
3. United Nations Security Council. Resolution 1983. 2011. [acessado 2015 set 28]. Disponível em: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/unscl/20110607\\_unsc-resolution1983.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/unscl/20110607_unsc-resolution1983.pdf)
4. Held D. *Regulating Globalization? The Reinvention of Politics*. London: Sage; 2000.
5. Kickbusch I. *Global health: a definition*. New Haven: Yale; 2013.
6. Buss P, Ferreira JR. Ensaio Crítico sobre a Cooperação Internacional em Saúde. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação, Inovação e Saúde* 2010; 4(1):93-105.
7. Ventura D, Perez FA. Crise e Reforma da Organização Mundial da Saúde. *Lua Nova* 2014; 92:45-77.
8. Kickbusch I, Berger C. Experiências e lições aprendidas no desenvolvimento de capacidades em diplomacia da saúde global. *RECHS* 2010; 4(1):141-147.
9. Fidler D. Reflections on the revolution in health and foreign policy. *Bull WHO* 2007; 85(3):243-244.
10. Cepik MAC, Sousa RP. A Política Externa Brasileira e a Cooperação Internacional em Saúde no Começo do Governo Lula. *Século XXI: Revista de Relações Internacionais* 2011; 2(1):109-134.
11. Fedatto MS. A Cooperação Internacional na efetivação da Saúde Global: o papel do Brasil no combate ao HIV. *BEPI* 2015; 21:59-70.
12. Esteves P, Maia FNC, Niv A, Fonseca JMEM, Assunção M. *Os BRICS e a agenda da Saúde Global*. Rio de Janeiro: Núcleo de Cooperação Técnica e Ciência e Tecnologia BRICS Policy Center, Centro de Estudos e Pesquisa BRICS; 2011.
13. Souza AM. *O Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual relacionados ao Comércio: implicações e possibilidades para a Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2012.
14. Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento. BRA/04/044/S117. *Brasil-Moçambique. Capacitação em Produção de Medicamentos Antirretrovirais*. Revisão E. Brasília: Agência Brasileira de Cooperação; 2011.
15. UNAIDS. HIV and AIDS estimates (2015). [acessado 2017 maio 23]. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/mozambique>
16. Instituto de Estudos Sociais e Econômicos. *Moçambique, estratégia de assistência ao país (2009-2014)*. Maputo, 2014. [acessado 2017 maio 23]. Disponível em: [http://www.iese.ac.mz/lib/PPI/IESE-PPI/pastas/governacao/agricultura/legislativo\\_documentos\\_oficiais/eua\\_assistencia.pdf](http://www.iese.ac.mz/lib/PPI/IESE-PPI/pastas/governacao/agricultura/legislativo_documentos_oficiais/eua_assistencia.pdf)
17. Hirst M, Antonini B. *Passado e presente da cooperação norte-sul para o desenvolvimento*. Buenos Aires: Ministério das Relações Exteriores, Comércio Internacional e Culto da Argentina; 2009. Informe do Encontro Acadêmico Ibero-americano de Cooperação Internacional
18. Milani C. Aprendendo com a história: críticas à experiência da Cooperação Norte-Sul e atuais desafios à Cooperação Sul-Sul. *Caderno CRH* 2012; 25(65):211-231.
19. Manzo L. Beyond house and haven: Toward a revisioning of emotional relationships with places. *Journal of Environmental Psychology* 2003; 23(1):47-61.
20. Milani C, Carvalho T. Cooperação Sul-Sul e Política Externa: Brasil e China no continente africano. *Estudos Internacionais* 2013; 1(1):11-35.
21. Parceria de Busan para a Cooperação para o Desenvolvimento. Quarto Fórum de Alto Nível sobre a eficácia da ajuda, Busan, República da Coreia. 2011. [acessado 2017 maio 23]. Disponível em: [http://effectivecooperation.org/wp-content/uploads/2016/03/outcome\\_document\\_-\\_final\\_por.pdf](http://effectivecooperation.org/wp-content/uploads/2016/03/outcome_document_-_final_por.pdf)
22. Lechini G. Argentina y Brasil em La Cooperación Sur-Sur. In: Lechini G. *Argentina y Brasil. Venciendo preconceptos. Las variadas aristas de una relación estratégica*. Rio de Janeiro: Editora Revan; 2009.
23. Nye Junior J. *The future of Power*. Nova Iorque: Public Affairs; 2011.
24. Vaz A, Inoue C. *Les économies émergentes et l'aide au développement international: Le cas du Brésil*. Paris: IDRC/CRDI; 2007.
25. Brasil. Ministério das Relações Exteriores. *Cooperação Técnica*. [acessado 2017 maio 23]. Disponível em: [http://www.itamaraty.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3686:cooperacao-tecnica&lang=pt-BR&Itemid=478](http://www.itamaraty.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3686:cooperacao-tecnica&lang=pt-BR&Itemid=478)
26. Puente CAI. *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*. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, Ministério das Relações Exteriores; 2010.
27. Hirst M. *Aspectos conceituais e práticos da atuação do Brasil em Cooperação Sul-sul: os casos de Haiti, Bolívia e Guiné Bissau*. Rio de Janeiro: IPEA; 2012. Texto para Discussão nº 1687.
28. Meiners CMM. Patentes farmacêuticas e saúde pública: desafios à política brasileira de acesso ao tratamento anti-retroviral. *Cad Saude Publica* 2008; 24(7):1467-1478.
29. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Cooperação Saúde nº 3. Boletim de Atuação Internacional em Saúde*. Brasília: MS; 2010.
30. Fedatto MS. *A Fiocruz e a cooperação para a África no governo Lula* [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.
31. Almeida C. A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação, Inovação e Saúde* 2010; 4(1):23-35.
32. Brasil. Ministério das Relações Exteriores (MRE). *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*. Brasília: MRE; 2003.
33. Lopes R. *O Governo Brasileiro e a Cooperação Sul-Sul com Moçambique no Campo da Saúde Pública* [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Grande Rio; 2013.
34. Agência Brasileira de Cooperação (ABC). CGPD - Coordenação Geral de Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento. [acessado 2017 maio 23]. Disponível em: <http://www.abc.gov.br/SobreABC/Direcao/CGPD>

Artigo apresentado em 03/10/2016

Aprovado em 28/11/2016

Versão final apresentada em 15/02/2017