



INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA (ILAESP)

RELAÇÕES INTERNACIONAIS E INTEGRAÇÃO

O HIV/AIDS NAS RELAÇÕES INTERNACIONAIS: SAÚDE GLOBAL E COOPERAÇÃO
NO CASO DA SOCIEDADE MOÇAMBICANA DE MEDICAMENTOS

GUSTAVO LUIZ FRISSE

Foz do Iguaçu
2018



INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA (ILAESP)

RELAÇÕES INTERNACIONAIS E INTEGRAÇÃO

O HIV/AIDS NAS RELAÇÕES INTERNACIONAIS: SAÚDE GLOBAL E COOPERAÇÃO
NO CASO DA SOCIEDADE MOÇAMBICANA DE MEDICAMENTOS

GUSTAVO LUIZ FRISSO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Relações Internacionais e Integração.

Orientador: Marcelino Teixeira Lisboa

Foz do Iguaçu
2018

GUSTAVO LUIZ FRISSE

O HIV/AIDS NAS RELAÇÕES INTERNACIONAIS: SAÚDE GLOBAL E COOPERAÇÃO
NO CASO DA SOCIEDADE MOÇAMBICANA DE MEDICAMENTOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Relações Internacionais e Integração.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. (Titulação) (Nome do orientador)
UNILA

Prof. (Titulação) (Nome do Professor)
(Sigla da Instituição)

Prof. (Titulação) (Nome do Professor)
(Sigla da Instituição)

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de _____

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço à minha família por todo o suporte que recebi durante esses quatro anos de graduação, anos esses expressados com muita alegria e com muita tristeza que, certamente, contribuíram para a minha formação pessoal.

Gostaria de expressar meus singelos agradecimentos ao meu professor orientador Marcelino Teixeira Lisboa que se tornou uma pessoa muito importante na minha caminhada acadêmica. Mostrou-se ser um professor disponível para qualquer dúvida que eu pudesse ter, sem perder a paciência, pois fui uma pessoa que o incomodou muito durante o processo de construção desse trabalho, que já considero obra-prima. Agradeço ao professor Mamadou e à professora Suellen por estarem presentes na minha banca e por terem enriquecido o diálogo que fui construindo.

Não só de academia vive o homem, por isso agradeço a todos os meus amigos e a todas as minhas amigas que estiveram comigo nesse processo, desde a primeira aula de Fundamentos de América Latina (que foi a primeira aula que tive na UNILA) até a data que apresentei esse trabalho. A universidade não só contribuiu com minha formação acadêmica como também me apresentou pessoas maravilhosas que levarei comigo guardadas em meu peito. Com isso, agradeço fortemente a meus amigos Ana Karolina Moraes, Beatriz Abreu, Bruna Benco, Dafne Laso, Daniel Bruno, Deni Iuri, Igor Fischer, Ingrid Ortega, Isadora Staduto, Jenny Yoshioka, João Camargo, Jonathan Mazaia, Joyce Colaço, Lucas Guerra, Lucas Carrilho e Rafel Santos. Essas pessoas foram sensacionais.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que cruzaram comigo ao longo desses quatro anos que me incentivaram (e me desmotivaram) a continuar. Todas foram fundamentais para me fazer chegar aqui. Muito obrigado.

“Jamais poderão aprisionar nossos sonhos”

Luiz Inácio Lula da Silva

FRISSO, Gustavo Luiz. O HIV/Aids nas Relações Internacionais: Saúde Global e Cooperação no caso da Sociedade Moçambicana de Medicamentos. 2018. 97 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Relações Internacionais e Integração) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2018.

RESUMO

O objetivo desse trabalho é compreender melhor as relações entre Política Externa e Saúde Global através do estudo entre a cooperação Brasil-Moçambique na construção da “Sociedade Moçambicana de Medicamentos”. Pretende-se abordar a Saúde nas Relações Internacionais e aprofundar esse tema focando no HIV/Aids – uma das maiores pandemias infecciosas do final do século XX e do início do século XXI, o HIV/AIDS já deixou milhões de vítimas e pessoas soropositivas. A Sociedade Moçambicana insere-se na tentativa de produzir antirretrovirais, com parceria e iniciativa brasileira, para a população moçambicana e regional a fim de reduzir a dependência internacional pelos medicamentos e atender um número expressivo de pessoas em tratamento.

Palavras-chave: HIV/AIDS, Cooperação Internacional, Política Externa Brasileira, Sociedade Moçambicana de Medicamentos.

FRISSO, Gustavo Luiz. The HIV/Sida in the International Relations: the Global health and the Cooperation in the Mozambican Society of Medicine's case. 2018. 97 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Relações Internacionais e Integração) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2018.

ABSTRACT

The objective of this study is to understand better the relations between the Foreign Policy and Global Health through an investigation between Brazil-Mozambique's cooperation in the building of the "Mozambican Society of Medicines". It is intended to address the Healthcare in International Relations and to deepen this theme focusing HIV/SIDA – one of the biggest pandemic infectious disease from the late 20th century and the beginning of the 21st century. HIV/SIDA has left millions of victims and seropositive people. The Mozambican Society of Medicine fits in the attempt to produce antiretrovirals, with Brazilian partnership and initiative, for the regional and Mozambican population in order to reduce the international dependency on medication and to assist an expressive number of people in treatment.

Keywords: HIV/SIDA, International cooperation, Brazilian Foreign Policy, The Mozambican Society of Medicine.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC	Agência Brasileira de Cooperação
ACNUR	Agência das Nações Unidas para os Refugiados
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
AISA	Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CIDA	Agência de Desenvolvimento Internacional do Canadá
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
CTPD	Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento
DANIDA	Agência Dinamarquesa para o Desenvolvimento Internacional
DFATD	Departamento de Relações Exteriores, Comércio e Desenvolvimento [Canadá]
DFID/UK	Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Reino Unido
DSG	Diplomacia da Saúde Global
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECOSOC	Conselho Econômico e Social das Nações Unidas
FAO	Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura
FBMG	Fundação Bill e Melinda Gates
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FTF	Alimentar o Futuro
FTS	Força de Trabalho em Saúde
GAVIL	Aliança Global para Vacinas e Imunizações
GHI	Iniciativa Global em Saúde
GIZ	Agência Alemã para a Cooperação Internacional
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IFF	Instituto Fernandes Figueira
IGEPE	Instituto de Gestão de Empresas e Participação do Estado
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INS-MZ	Programa para a Consolidação do Sistema de Saúde de Moçambique
IRD	Instituto de Pesquisa para o Desenvolvimento
JICA	Agência Internacional de Cooperação
MISAU	Ministério da Saúde de Moçambique

NORAD	Agência Norueguesa de Cooperação para o Desenvolvimento
ODMs	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
ODSs	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PALOP	Países de Língua Portuguesa
PECS	Planos Estratégicos de Cooperação em Saúde
PEPFAR	Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio da Aids
PMI	Iniciativa do Presidente para a Malária
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPP	Parceria Público-Privada
RI	Relações Internacionais
SARS	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SDC	Agência Suíça de Desenvolvimento e Cooperação
SIDA	Agência Sueca para o Desenvolvimento Internacional
SMM	Sociedade Moçambicana de Medicamentos
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TRIPs	Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio
UE	União Europeia
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV-Aids
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNITAID	Organismo Internacional de Compra de Medicamentos
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
USD	Dólar Americano

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1 QUESTÕES TEÓRICAS E CONCEITUAIS.....	10
1.1 AS RELAÇÕES INTERNACIONAIS E SUAS TEORIAS	10
1.1.1 Os principais paradigmas	11
1.1.2 Saúde, Diplomacia e Política externa.....	15
1.2 SAÚDE GLOBAL	17
1.2.1 Um pouco de história	17
1.2.2 As múltiplas faces da saúde nas Relações Internacionais	20
1.2.3 Governança e multilateralismo.....	24
1.2.4 Recursos humanos e Saúde Global	29
1.3 DIPLOMACIA.....	31
1.4 POLÍTICA EXTERNA E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL	35
1.4.1 Cooperação Internacional.....	41
2 OS ATORES INTERNACIONAIS.....	47
2.1 O SISTEMA ONU	48
2.1.1 O Programa da ONU para o HIV/Aids	49
2.1.2 Outros programas da ONU.....	53
2.2 AGÊNCIAS E ONGS	56
2.3 A INFLUÊNCIA DAS EMPRESAS	60
3 A SAÚDE GLOBAL E AS RELAÇÕES BRASIL-MOÇAMBIQUE	64
3.1 O HIV/AIDS NA REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE	64
3.1.1 As ações para tratamento do problema	67
3.2 COOPERAÇÃO E DIPLOMACIA ENTRE BRASIL E MOÇAMBIQUE.....	73
3.2.1 As experiências e políticas compartilhadas.....	77
3.3 SOCIEDADE MOÇAMBICANA DE MEDICAMENTOS.....	81
CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo estudar a Saúde Global e a Política Externa Brasileira na área da Saúde, sobretudo políticas de combate à pandemia HIV/Aids, com ênfase na Cooperação Internacional de Saúde com a República de Moçambique. Para isso, percorre-se um longo caminho para situar a relação da Saúde com as Relações Internacionais e a Política Externa, tema, por muitas vezes, negligenciado ou tratado fora da área das *High Politics*.

Antes de tratar sobre as relações de cooperação entre a República Federativa do Brasil e a República de Moçambique é necessário trilhar dois caminhos: a relação da Saúde com as Relações Internacionais, sob a perspectiva da Saúde Global e da Diplomacia da Saúde Global e as congruências que existem entre a Política Externa, como campo de estudo da Ciência Política, e a Cooperação Internacional, sendo percebida nesse trabalho como um prolongamento prático daquela. As teorias que serão tratadas no trabalho pertencem mais à esfera da “saúde internacional” do que às teorias clássicas das Relações Internacionais.

A metodologia da pesquisa será qualitativa. Buscaram-se documentos que ilustram como o HIV/Aids é tratado no cenário internacional pelos distintos atores, além dos trabalhos acadêmicos das autoras e dos autores sobre Saúde Global, Diplomacia em Saúde Global, Política Externa e Cooperação Internacional.

Após percorrer essa parte teórica, aborda-se a segunda parte do trabalho, em que se destacam os impactos da pandemia HIV/Aids no cenário internacional. A abordagem não é clínica, ou seja, voltada para as causas epidemiológicas dessa doença, mas principalmente voltada à verificação de como o Sistema Internacional – considerando diversas ramificações das Relações Internacionais – responde à essa pandemia. Perceber-se-á que há distintos atores no processo de combate da doença, com distintos interesses, que se expressam através das Organizações Internacionais, das Organizações Não-Governamentais e das Empresas Transnacionais, além dos próprios Estados.

Reconhecer os atores envolvidos por trás dessa pandemia poderá revelar quais são as atividades concretas de combate à doença e quais são os objetivos mais amplos desses atores.

Aborda-se também os atores internacionais envolvidos para o combate da pandemia HIV/Aids. Não é uma análise esgotante desses atores, apenas buscou-se evidenciar determinadas ações de vários organismos internacionais, governamentais e não-governamentais, agências estatais, fundações privadas e empresas, a fim de contribuir para o controle da doença e promover o tratamento adequado à população infectada.

As relações da Saúde com a Política Externa são resultantes de um maior protagonismo do Brasil na Saúde Global, considerando também essa cooperação como importante fator de projeção internacional. Deve-se destacar, entretanto, que o fator “Cooperação Internacional” não é exclusivo do Brasil como atuante em Moçambique. O desenho dos outros atores internacionais no trabalho serve também para ilustrar a atuação conjunta que os atores não-estatais, junto com o Estado, exercem no combate à pandemia – e a alguns elementos conectados a ela – seja em Moçambique ou em outro território.

A questão que guia a pesquisa é: como a Política Externa Brasileira age em relação ao HIV/Aids pela via da Cooperação com Moçambique? Para chegar a algumas hipóteses, precisa-se ter um panorama de como o HIV/Aids é tratado no Sistema Internacional também, já que esse influencia a Política Externa dos Estados e a atuação dos outros atores não-estatais. Acredita-se que a Cooperação com Moçambique acerca do HIV/Aids é um resultado de uma projeção internacional que tenta ser consolidada através de ações que o Brasil propaga em âmbito multilateral ou bilateral, tanto no cenário internacional, como a quebra das patentes na Organização Mundial do Comércio (OMC) para os antirretrovirais, quanto no cenário interno, pelo fortalecimento do sistema de saúde para lidar com a doença em território nacional. Nessa primeira ilustração, percebe-se que o Brasil primeiro tenta consolidar um tratamento efetivo interno da pandemia antes de se projetar como Estado exemplar no combate ao HIV/Aids – projeção essa feita na seara Sul-Sul. Não podem ficar escondidos também os demais interesses, muitas vezes não explícitos, que o Estado brasileiro possui com tais ações, como a Fábrica de Medicamentos (Sociedade Moçambicana de Medicamentos) em Maputo financiada, em grande parte, pelo Brasil. Não se trata de uma questão humanitária – entendida aqui como o objetivo final de *cuidar* dos seres humanos – mas sim de uma questão complexa que envolve diversos interesses que se escondem por trás do discurso “humanitário”; e isso pode ser aplicado tanto aos Estados quanto às organizações internacionais governamentais e não-governamentais, sem excluir as empresas multinacionais e os Fundos de Financiamento.

1 QUESTÕES TEÓRICAS E CONCEITUAIS

A primeira parte desse estudo, a parte 1.1, trata das teorias das Relações Internacionais e as possíveis conexões – se estas forem consideradas – acerca do objetivo do trabalho. Frisa-se que esse objetivo é entender as relações da Saúde Global na atuação ao combate da pandemia HIV/Aids e sua relação com a Política Externa – envolvida aqui a cooperação com Moçambique.

As teorias das Relações Internacionais representam possíveis interpretações da realidade internacional, pois apresentam elementos de análise que podem ser utilizados para explicar determinadas situações no cenário internacional. O Realismo, o Liberalismo, o Marxismo, a Escola Inglesa, o Neoliberalismo e o Neorrealismo são as teorias apresentadas a seguir, com o intuito de desenvolver um panorama geral, mas não totalizante, de algumas possíveis interpretações sobre a realidade internacional.

Além das abordagens mais tradicionais das Relações Internacionais, outras perspectivas mais vinculadas à Saúde Global, Diplomacia em Saúde Global, Política Externa e Cooperação Internacional estão incluídas como complementares à descrição teórica do trabalho.

Este capítulo está subdividido em quatro seções. A primeira seção, 1.1, aborda as perspectivas teóricas das Relações Internacionais e suas possíveis conexões com o tema a ser estudado. A segunda seção, 1.2, introduz o debate da Saúde nas Relações Internacionais, mais precisamente sobre a Saúde Global e seus complementos teóricos.. Para complementar esse tópico, a terceira seção, 1.3, inclui a perspectiva diplomática acerca da Saúde Internacional. Por fim, a quarta seção, 1.4, inclui no debate da Saúde as dinâmicas da Política Externa e da Cooperação Internacional, temas importantes para compreender como o Estado percebe questões de Saúde dentro e fora do território nacional.

1.1 AS RELAÇÕES INTERNACIONAIS E SUAS TEORIAS

As teorias das Relações Internacionais definem e explicam o mundo em que vivemos (SARFATI, 2005, p. 24). Por meio delas pode-se compreender fenômenos e ações das Relações Internacionais levando em consideração ontologia, epistemologia e metodologia distintas. A ontologia de uma teoria, de acordo com (SARFATI, 2005, p. 28), é a referência concreta de um discurso, ou seja, as coisas que compõem o mundo real. Refere-se a como os atores constroem o mundo político e dão propósito a ele. Para o autor, a epistemologia de uma teoria atribui-se a

como o conhecimento é construído, como ele é gerado (SARFATI, 2005, p. 28). Compreende-se a metodologia como o caminho que se busca na hora de lidar com uma questão, compondo-se de análise qualitativa, que é a compreensão dos fatos por uma apreensão menos relacionadas a dados e mais voltada à uma análise de fatos, e quantitativa, que é a compreensão dos fatos através de dados. Além disso, o autor exemplifica os métodos quantitativos como métodos que envolvem observações quantificáveis da realidade enquanto que os qualitativos procuram buscar os elementos que explicam ou traduzem a compreensão de uma realidade que não necessariamente são quantificáveis (SARFATI, 2005, p. 28).

As teorias das Relações Internacionais, por mais explicativas que aparentem ser em suas análises, não são completas. Para (BURCHILL e LINKLATER, 1996) “*we should not expect too much from any empirical theory. No single theory identifies, explains or understands all the key structures and dynamics of international politics*”. Por mais que não se deva esperar uma análise completa sobre um acontecimento nas Relações Internacionais, “um evento de relações internacionais abre o leque de compreensão do evento para um campo muito mais amplo de entendimentos que invariavelmente refletem as tradições epistemológicas distintas e composições ontológicas bastante diversas” (SARFATI, 2005, p. 29). Esse leque de compreensão inclui pontos fundamentais na estruturação de uma teoria, como o nível de análise que se prega, os atores a serem considerados e outros fatores que se diferenciam em cada teoria.

1.1.1 Os principais paradigmas

Os paradigmas clássicos das Relações Internacionais são o Realismo, Pluralismo e Globalismo como aponta Sarfati (2005). O Realismo é observado como o paradigma mais velho e mais adotado nas Relações Internacionais (DONNELLY, 1996). É importante destacar alguns elementos do Realismo, porque são esses que guiam, em grande medida, as análises realistas do cenário internacional. Donnelly (1996, p. 31) introduz esses elementos afirmando que a orientação geral em um foco substantivo central da perspectiva realista é o poder. Ele afirma que “*rationality and state-centrism are frequently identified as core realist premises*” (DONNELLY, 1996, p. 32). Realistas enfatizam o egoísmo nos atores e a anarquia do sistema, ou seja, sem um governo central pelo qual os Estados estariam subordinados. Dentro dessa mesma perspectiva, acrescenta-se o conceito de soberania, muito importante para entender a característica do Estado no sistema internacional. O termo Soberania aparece no final do século XVI, juntamente com o de Estado, para indicar em toda sua plenitude o poder estatal, sujeito

único e exclusivo da política (BOBBIO, 1998, p. 1179). Alguns autores que se destacaram no Realismo foram Reinhold Niebuhr, Hans Morgenthau, George Kennan, Kenneth Waltz, John Mearsheimer e H. Carr. Cada um desses autores contribuiu com a inclusão de elementos na análise realista e influenciou a política estatal de alguns países, a exemplo de Mearsheimer nos Estados Unidos e H. Carr na Grã-Bretanha. Cabe ressaltar que o Realismo “*is a limited yet powerful and important approach to and set of insights about international relations*” (DONNELLY, 1996, p. 31). Entretanto, a abordagem realista é limitada para compreender o objetivo desse trabalho, que considera outros atores, como as Organizações Internacionais, por exemplo, tão importantes quanto os Estados no processo de construção de determinadas políticas.

É importante ressaltar que o Realismo, embora com um arcabouço conceitual particular, escolhe a visão de mundo liberal como seu alvo principal e dedica um enorme esforço para desacreditá-la (NOGUEIRA e MISSARI, 2005, p. 57). O Liberalismo, sendo questionado pelo Realismo, tem suas próprias características, sendo válido ressaltar que “*it is an approach to government which emphasizes individual rights, constitutionalism, democracy and limitations on the powers of the state*” (BURCHILL e LINKLATER, 1996, p. 57). O comércio é um dos pontos promovidos pelos liberais econômicos, em particular o livre comércio, pois, nessa perspectiva, nações que comercializam entre si não entrariam em guerra. Nesse ponto, para o Liberalismo, “*free trade would also break down the divisions between states and unite individuals everywhere in one community*” (BURCHILL e LINKLATER, 1996, p. 64). Burchill (1996, p. 84) enfatiza ainda que “*liberals believe that democratic society, in which civil liberties are protected and market relations prevail, can have an international analogue in the form of a peaceful global order*”. Em suma, o Liberalismo nas Relações Internacionais prega o pluralismo dos atores, com o Mercado e o Estado sendo atores tão importantes quanto os indivíduos, levando em consideração algumas premissas, tais como: o comércio levaria à paz entre as Nações; a paz e direitos humanos são importantes; preocupação com a liberdade do indivíduo; e assim por diante. Os atores, desde os clássicos até os contemporâneos, que influenciaram essa perspectiva são John Locke, Montesquieu, Jean Jacques Rousseau, Adam Smith, David Ricardo, Immanuel Kant, Norman Angell, para nomear alguns.

A perspectiva liberal, para esse trabalho, não abrangeria o objetivo principal que é compreender a Saúde Global e a Política Externa a partir do HIV/Aids, pois uma das diretrizes gerais da perspectiva liberal é o comércio entre as nações, cujo enfoque à liberalização comercial é muito defendido, e a consequência paz mundial das nações que comercializam entre

si. Não aparenta haver espaço nessa teoria para trabalhar conceitos que extrapolem o objetivo da paz e do comércio, embora esses elementos estejam dentro dos processos diplomáticos da Saúde Global.

O marxismo nas Relações Internacionais não possui uma operacionalização tão direta quanto as demais teorias. Os elementos centrais para sua análise são a questão econômica, a luta de classes, a estrutura e a superestrutura, por exemplo. Marx contribui com um próprio método, o materialismo histórico, e por meio dessa concepção, percebe que “a história é determinada pelo modo pelo qual a produção material de uma sociedade é realizada, o que, por sua vez, constitui o fator determinante da organização política e das representações intelectuais de uma época” (SARFATI, 2005, p. 112). Posteriormente, novas visões foram agregadas à concepção marxista, compreendendo sobretudo a relação entre Nações Centrais e Nações Periféricas, a exemplo de Wallerstein, o Imperialismo como a fase superior do Capitalismo, a exemplo de Vladimir Lênin, as relações de dependência entre as nações, entre outras concepções. A análise marxista, por fim, está centrada no capitalismo como estrutura da sociedade. Compreende-se classes sociais, burguesia e proletariado como atores do Sistema Internacional, em que os atores estariam determinados economicamente.

A abordagem marxista, embora muito pertinente para entender as relações sociais dentro da estrutura capitalista, não tem como objetivo principal entender qualquer aspecto micro da Saúde. Seus estudos voltam mais para a estrutura capitalista e a luta de classes. Considera-se, entretanto, importante compreender que alguns aspectos dessa abordagem podem ser explicativos no decorrer do trabalho, como a tentativa dos países periféricos em tentar conseguir medicamentos patenteados pelos países centrais. Porém, utilizar-se-á de outras perspectivas para compreender as relações da Saúde Global.

A Escola Inglesa, por sua vez, mescla elementos do Realismo e do Liberalismo. Elementos como Sistema Internacional, que incorpora a política e poder entre os Estados, e Sociedade Internacional, cujo comportamento dos Estados influencia em suas relações e na formação dessa Sociedade, são temas indispensáveis nas discussões teóricas (SARFATI, 2005). Os atores representados nessa teoria são tanto os Estados, centrais para uma análise do Sistema Internacional, quanto os indivíduos, elemento fulcral em uma análise de Sociedade Internacional levando em consideração os Direitos Humanos como fio condutor de comportamento dessa Sociedade. Para Sarfati (2005):

é fácil perceber que a sociedade internacional diz respeito à adoção do direito internacional como norma de relacionamento em determinado grupo de Estados. Entretanto, nota-se que a centralidade da ordem legal entre os Estados só passa a ocorrer quando eles possuem certos valores, inclusive culturais, que permitem a institucionalização do relacionamento entre si. Logicamente, quando os Estados não possuem valores em comum, o sistema internacional, com a sua anarquia e a necessidade do balanceamento de poder, predomina (SARFATI, 2005, p. 123-124)

Destarte, percebe-se a relação de preceitos realistas e liberalistas que se efetiva na teoria da Escola Inglesa. A importância do Direito Internacional entre a Sociedade Internacional influencia no Sistema Internacional anárquico, evitando a beligerância e buscando uma harmonia. Alguns dos principais autores dessa teoria foram Herbert Butterfield, Hedley Bull, Adam Watson e Martin Wight.

Em relação à escola inglesa, percebeu-se que possui um foco macro para explicar a realidade internacional, utilizando, para isso, conceitos próprios como o Sistema Internacional, a Sociedade Internacional, entre outros. A contribuição dessa abordagem para o trabalho excetua-se na absorção desses conceitos, como o Sistema Internacional, que já aparentam estar inseparáveis nas abordagens das Relações Internacionais.

O Neoliberalismo nas Relações Internacionais surge para contrapor a concepção realista dominante e para retomar elementos importantes do Liberalismo clássico para a análise contemporânea das Relações Internacionais na década de 1970. Essa retomada assume um caráter bastante institucionalista, segundo Keohane, como instituições entendidas no sentido de regras estabelecidas, normas, convenções, reconhecimento diplomático, governados por entendimentos formais ou não-formais (SARFATI, 2005). Outros apontamentos são levados em consideração, como a Interdependência Complexa, como uma relação mais aprofundada entre seus agentes, e os diversos Canais Múltiplos, representados pela pluralidade de atores, os diferentes canais de interação que existem no Cenário Internacional entre os distintos atores. Esses elementos, além de outros, constituíram uma influente releitura realizada pelo Neoliberalismo, cujos autores que mais se destacaram foram Robert Keohane e Joseph Nye.

No final da década de 1970, o Neorealismo surge como uma renovação e crítica ao Realismo Moderno, tendo como importante teórico Kenneth Waltz, buscando oferecer uma abordagem mais científica às Relações Internacionais. A diferença entre o Neorealismo e o próprio Realismo está em uma questão de análise, em que o Neorealismo realiza uma análise na estrutura do sistema internacional, e o Realismo foca no comportamento individual do Estado (SARFATI, 2005). Algumas peças continuam idênticas ao Realismo, como a constante participação dos Estados nessa teoria. Entretanto, outros elementos são inseridos na análise,

como a hierarquia na agenda internacional, a polaridade, a estrutura, que limita a ação dos Estados, equilíbrio de Poder. Por fim, ressalta-se que durante a década de 1980 e parte de 1990, ocorreu o debate entre o Neorrealismo *versus* Neoliberalismo, em que houve a incorporação de elementos consensuais, além de entendimentos conjuntos de temas, sobre a estrutura do sistema, por exemplo.

Tanto o Neorrealismo quanto o Neoliberalismo não abordam questões específicas sobre diplomacia da saúde ou que demonstrem estudos sobre casos relacionados. Um estudo por esse sentido seria pouco viável, já que o foco principal dessas teorias é outro, como pode-se observar nos parágrafos anteriores.

1.1.2 Saúde, Diplomacia e Política externa

Após a análise dos paradigmas ligados ao *mainstream* das Relações Internacionais, o tema abordado nesse estudo será tratado a partir de outras perspectivas teóricas, convergentes e integradas. Apesar de menos usuais nos estudos de Relações Internacionais, tais perspectivas são instrumentos úteis de análise para a área. Os grandes eixos da pesquisa serão a Saúde Global, a Diplomacia em Saúde e a Política Externa Brasileira, essa desmembrando-se, especificamente, em Cooperação Internacional nas relações Sul-Sul. As perspectivas sobre a saúde são menos usuais no estudo das Relações Internacionais, enquanto que a Política Externa e seus desmembramentos são temas mais frequentemente encontrados.

A Saúde Global foi relacionada por Kickbusch (2017, p. 188) como “um novo contexto, uma nova consciência e uma nova abordagem estratégica em questões de saúde internacional e propus que seu objetivo fosse o acesso equitativo à saúde em todas as regiões do planeta” (KICKBUSCH, 2002 *apud* KICKBUSCH, 2017, p. 188). Dessa forma, entende-se a saúde global como as políticas internacionais referentes à saúde com atores globais atuando em diversas arenas e com diferentes objetivos. Através dessa atuação na saúde global, poder-se-á captar a instrumentalização dessas práticas através da Diplomacia em Saúde, que é uma atuação mais especializada da diplomacia. O próprio termo ‘diplomacia’ é comumente usado para descrever a arte e prática da condução das RI (DEATCH-KRATOVNIL *et al.*, 2013; FELDBAUM, LEE & MICHAUD, 2010; NOVOTNY & KICKBUSCH, 2008 *apud* RUCKERT *et al.*, 2017, p. 146), definida como uma ferramenta ou instrumento por meio do qual os Estados implementam sua política externa e articulam e defendem seus interesses

nacionais (FELDBAUM, LEE & MICHAUD, 2010; FIDLER, 2011; SMITH, FIDLER & LEE, 2010 *apud* RUCKERT *et al*, 2017, p. 146).

Frisa-se ainda que se reconhecem diversas interfaces entre política exterior e assuntos da saúde global (KICKBUSH, 2013, *apud* FERREIRA *et al*, 2017, p. 610). É dentro da saúde global que a diplomacia em saúde encaminha a política externa dos Estados para essa área, além de dialogar com outros atores envolvidos nesse processo, como os Grupos Filantrópicos, as Organizações Internacionais Governamentais, as Organizações Internacionais não-governamentais, as Empresas, especialmente do setor farmacêutico, e a Sociedade Civil. Essa abordagem diplomática na saúde deve procurar aprimorar a convivência e a inclusão dos países na comunidade internacional partilhando avanços da ciência, tecnologia e inovação nesta área (FERREIRA, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 610)

A política externa é compreendida, de acordo com Bedoya (2013), como a expressão dos interesses nacionais de um determinado Estado, resultado de uma ação traçada e cujos objetivos são fixados com certo grau de incerteza. Em paralelo a esse conceito, discorre-se também sobre a Política Internacional, classificada como um enfrentamento no âmbito internacional entre dois ou mais Estados, resultado de uma ação executada e cujo grau de incerteza é eliminado (BEDOYA, 2013). A projeção da política externa brasileira, através da Diplomacia em Saúde na arena denominada Saúde Global, é definida pelos interesses do Estado e dos outros atores envolvidos nesse processo. Nos fóruns de saúde especializados, a exemplo da Organização Mundial da Saúde (OMS), ocorrem os encontros dos distintos interesses, originando cooperação e conflito, como foi definida a política internacional, considerando, neste caso, a saúde como tema principal. A cooperação internacional, um dos braços da diplomacia, tende a fortalecer-se na pauta da cooperação entre Estados e distintas organizações, embora o conflito possa gerar tensões momentâneas ou persistentes. Segundo (FRANCO e ROBLES, 1995) a cooperação é compreendida como um sistema de interação entre distintos atores e organizações com o objetivo de coordenar políticas, buscando facilitar resultados que dependem tanto da vontade dos atores estatais como do consentimento manifestado pelos atores não estatais.

A partir da exposição acima, que demonstra a relação entre as perspectivas que serão utilizadas, elas serão examinadas separadamente nas sessões a seguir. Na sessão 1.2 serão ilustradas a Saúde Global e a Diplomacia em Saúde e obtendo, por fim, a Política Externa Brasileira e a Cooperação Internacional na sessão 1.3. A apresentação das teorias estará

associada, sempre que possível, com a perspectiva da pandemia HIV/Aids, que é o objetivo deste trabalho.

1.2 SAÚDE GLOBAL

A questão da saúde, esteve sempre presente nas relações internacionais, embora seu estudo não tenha sido priorizado pelas teorias tradicionais da disciplina. Temas voltados mais para o controle das “ameaças” – doenças e epidemias – que poderiam comprometer os interesses materiais específicos (comércio internacional e acúmulo de riqueza) e as estratégias de dominação e controle das elites e potências hegemônicas dominavam a pauta de Saúde Internacional (ALMEIDA, 2017).

1.2.1 Um pouco de história

A história da saúde, ou da doença, está presente também na história da humanidade. Foram epidemias, como a Peste Negra, que dizimaram milhões de pessoas. A propagação dessa doença privou os senhores feudais de braços e colheitas, pois dizimou cerca de dois terços da população europeia ao longo do século XIV (MOTA e LOPEZ, 2015, p. 35). As questões sanitárias, que vieram a ser pensadas mais tarde como políticas públicas para a população, não estavam sempre em discussão, principalmente na Idade Média. A consequência dessas epidemias e pandemias¹ eram, muitas vezes, a morte da população que exercia algum tipo de atividade para a manutenção dos feudos, enfraquecendo o poder local na força de trabalho.

Os objetos históricos da Saúde Global não se focalizam somente na vida na Europa, considerando também o extermínio da população indígena nas Américas e em outras localidades como parte da história das grandes epidemias. O contato com espanhóis e portugueses, na América, disseminou a propagação de doenças na população local, como a varíola (MOTA e LOPEZ, 2015, p. 60).

As populações europeias e aborígenes, nesses dois exemplos citados, são apenas uma pequena parte dessa vasta história. Posteriormente, outros tipos de doenças continuaram sendo

¹ A epidemia se caracteriza pela incidência, em curto período de tempo, de grande número de casos de uma doença (REZENDE, 1998). O conceito de pandemia, de acordo com Rezende (Epidemia, Endemia, Pandemia. Epidemiologia, 1998), é o de uma epidemia de grandes proporções, que se espalha a vários países e a mais de um continente.

pautas nas discussões relacionadas a este campo, doenças essas que podem ser novas para a saúde global ou que já são conhecidas e podem ainda gerar grandes danos.

A história do comércio internacional e saúde é muito antiga e se imbrica com o aumento das trocas comerciais entre Europa, Índia e China, na rota da seda, desde o século XV, até a crescente expansão do comércio pelos mares nos séculos subsequentes (ALMEIDA, 2017, p. 67). O comércio, e toda sua estrutura material de produção, também se desenvolveu com os problemas de saúde. O contato entre lugares distantes permitia o aparecimento de surtos, causados por doenças que não estavam presentes em determinada região, sendo tanto pela contaminação dos produtos como dos comerciantes. Essa perspectiva, junto com as ações no campo sanitário, está associada com as necessidades de segurança nacional e do comércio internacional (ALMEIDA, 2017, p. 46).

A compreensão do termo Saúde Global, para Panisset (2017, p. 88), é percebida, de acordo com seu uso, como a substituição do termo “saúde internacional”. O termo saúde internacional refere-se ao controle de fenômenos de saúde através de fronteiras nacionais específicas, assim como à elaboração de políticas de um Estado-nação em relação a um ou mais Estados-nação (PANISSET, 2017, p. 88). De toda forma, Panisset (2017) diz que a saúde global se refere, de maneira genérica, às necessidades de saúde de todos os povos do planeta, independentemente de um país específico.

O século XIX se tornou um *turning point* para a área da saúde global. Alguns organismos internacionais, além de acordos multilaterais relacionados ao tema, surgiram nas discussões entre os Estados e sociedade civil com mais força nesse período. A cooperação dos Estados nos temas relacionados à área da saúde vem desde 1851-52 quando foi realizada, em Paris, a primeira Conferência Sanitária Internacional, que contou com doze participantes e foi um pedido feito pela França, com um representante diplomático e um médico por Estado (TOBAR, 2017, p. 388). Posteriormente ocorreram outras Conferências, como se pode observar no Quadro 1.

Quadro 1 – Conferências Sanitárias Internacionais

Ordem	Data	Local	N. de participantes.	Observações
1 ^a	1851-52	Paris	12	A pedido da França, com um representante diplomático e um médico por Estado.
2 ^a	1859	Paris	11	A pedido da França, somente um representante diplomático por Estado.
3 ^a	1866	Constantinopla	17	Em função da abertura próxima do Canal de Suez em 1869.
4 ^a	1874	Viena	21	A pedido de Áustria e Hungria.
5 ^a	1881	Washington	26	A pedido dos Estados Unidos, com um representante diplomático por Estado.
6 ^a	1885	Roma	28	A pedido da Itália.
7 ^a	1892	Veneza	14	Primeira Convenção Sanitária Internacional.
8 ^a	1893	Dresden	19	A pedido da Áustria.
9 ^a	1894	Paris	16	A pedido da França.
10 ^a	1897	Veneza	20	A pedido da Itália.
11 ^a	1903	Paris	24	Proposta de criar o Escritório Internacional de Higiene Pública.
12 ^a	1912	Paris	41	A pedido da França.
13 ^a	1926	Paris	50	A pedido da França.
14 ^a	1938	Paris	59	A pedido da França.

Fonte: (Mateos Jiménez, 2005 *apud* Tobar, 2017, p. 388)

A partir dessa tabela, percebe-se que a maior parte dessas conferências ocorreram na Europa para lidar com as situações sanitárias no continente europeu, tanto para as situações urbanas vivenciadas na época quanto pelo comércio externo, grande responsável por ser um transmissor de doenças. A exemplo disso, após a epidemia de cólera na Europa, foi realizada, em Paris, a 1^a Conferência Sanitária Internacional, como já mencionada, que objetivava um acordo entre 12 Estados sobre determinações mínimas quanto à quarentena marítima, a fim de “prestar um importante serviço ao comércio e à navegação” (AMS, 1958, p. 6 *apud* TOBAR, 2017, p. 387).

Essas primeiras conferências convocaram os mais importantes sanitaristas, higienistas e cientistas da época, assim como os embaixadores correspondentes dos países mais interessados nas questões sanitárias, procurando acordos que evitassem a disseminação de doenças infecciosas (TOBAR, 2017). O autor ainda menciona que

As conquistas dessas primeiras conferências sanitárias internacionais permitiram a harmonização de medidas de quarentena e higiene, facilitando entendimentos sobre a necessidade de uma instituição dedicada à manutenção e à apresentação de dados epidemiológicos e à coordenação de respostas diante das enfermidades infecciosas. Tais antecedentes possibilitaram o desenvolvimento de uma institucionalidade vinculada à governança internacional ou global da saúde, com a ideia de que, mediante a cooperação das nações, se estabelecessem normas e procedimentos que permitissem aos governos proteger melhor a saúde de suas populações (TOBAR, 2017, p. 388 - 399)

Grandes temas não tradicionais na diplomacia dos Estados, como meio ambiente, direitos humanos, outros atores influenciando o processo tradicional dos Estados de fazer política externa, por exemplo, entraram em discussão por causa do fim da Guerra Fria, chave central para entender diversos processos nas relações internacionais. Para a área da saúde não foi diferente, sobre o que Almeida (2017, p. 47) elenca que

na nova conjuntura mundial que se abriu nos anos 1990, os problemas de saúde voltaram a se imbricar mais estreitamente com a economia política global. Com o aumento das interconexões entre os países, as epidemias e o risco de pandemias começaram a ser tratadas como ameaças à estabilidade dos Estados e, potencialmente, à soberania nacional, com repercussões no mapa político e na segurança internacional (FIDLER, 2009 *apud* ALMEIDA, 2017, p. 47).

1.2.2 As múltiplas faces da saúde nas Relações Internacionais

A Saúde Global nas relações internacionais pode apresentar diversos níveis de análises. No nível estatocêntrico, um dos mais tradicionais quando se estuda diplomacia e processo decisório do Estado, percebe-se que a questão de saúde é vinculada como uma ameaça ao Estado em primeiro lugar, deixando outros elementos apartados, a exemplo da população que contrai a doença. Essa preocupação é compreendida percebendo a população nacional formada por diversas unidades que se unem a uma unidade só: o Estado Nacional. A desestabilização do Estado é considerada a partir do prejuízo dessas unidades menores. Percebe-se também que:

O foco desse tipo de explicação normalmente é o modo pelo qual a saúde é inserida instrumentalmente no bojo das questões de segurança e utilizada estrategicamente pelos Estados para perseguir objetivos nacionais no âmbito do sistema internacional, levando à securitização das questões de saúde global (DAVIES, 2008 *apud* RUCKERT *et al*, 2017, p. 148).

Além disso,

explica-se a ascensão do campo da saúde na agenda da política externa de Estados poderosos com base no modo pelo qual questões de saúde global – incluindo doenças infecciosas, mais notadamente o HIV/Aids – passaram a ser compreendidas como ameaças à segurança nacional que não poderiam ser enfrentadas por nenhum país de forma isolada (CHIU *et al.*, 2009; FIDLER, 2011; KATZ & SINGER, 2007; RUSHTON, 2011 *apud* RUCKERT *et al.*, 2017, p. 148).

Destarte, depreende-se a intrínseca relação que a política externa formulada e executada pelos Estados possui com a Saúde Global, guia matriz dos agentes que atuam na área. Vale ainda mencionar outro ponto de referência no nível internacional de análise que é o papel que vários agentes transnacionais desempenham com sua influência nas negociações e nos espaços relativos à saúde global (RUCKERT, LABONTÉ, *et al.*, 2017, p. 149). Acerca disso, pode-se mencionar o peso da indústria farmacêutica no debate sobre a epidemia HIV/Aids nas negociações com os Estados, pois trata-se de atores transnacionais de grande influência, assim como as organizações não-governamentais (ONGs), que são determinantes em alguns casos de negociação em Saúde Global.

A Saúde Global é o campo de atuação da diplomacia da saúde, depreendida por distintos atores, e o panorama de ameaças reais à segurança dos Estados e dos seres humanos. Parte dos levantamentos políticos para a saúde global continua se relacionando com as questões sanitárias e o comércio internacional. Além disso, a saúde é um fator-chave para o crescimento econômico, e não simplesmente uma externalidade desse crescimento; assim, portanto, é uma questão da “alta política” (ou assim deveria ser entendida) (RUCKERT, LABONTÉ, *et al.*, 2017, p. 158). Embora a saúde esteja muito presente nessas discussões sobre o comércio, grande parte das cooperações não visam diretamente relacionar-se em prol de ganhos comerciais, não descartando, portanto, o anseio de outros ganhos.

O estudo da Saúde Global não deve ser focalizado apenas nas doenças infecciosas, epidemias e pandemias ou qualquer outro termo que descreva sobre a insegurança do Estado no sistema internacional de doenças. Pois

na base de muitos dos problemas de saúde observados está uma série de problemas estruturais, alguns dos quais apresentam sinais de agravamento. Destacam-se a pobreza e as desigualdades sociais em magnitude inaceitável nos países em desenvolvimento, mas também observadas no interior de muitas nações desenvolvidas (BARRETO, 2017, p. 195).

Segundo Barreto (2017, p. 197), a saúde, apesar de frequentemente entendida como questão restrita às suas dimensões biológicas, é um fenômeno complexo e com múltiplas determinações. Essas determinações são entendidas, dentre outras formas, como a falta de

desenvolvimento de infraestrutura nos países periféricos, principalmente em sua relação com a população pobre desses países. O saneamento básico e outras questões sanitárias e alimentícias, como a contaminação de alimentos não higienizados propriamente, fazem parte dessas determinantes. Os determinantes sociais e ambientais estão na gênese de muitos dos problemas de saúde que afligem indivíduos e populações (BARRETO, 2017, p. 197). Segundo o autor, os problemas gerados pelos determinantes sociais não são prioritários:

A percepção de risco iminente e global deu suporte à rápida mobilização de grande quantidade de recursos para minimização desses problemas. Entretanto, problemas que apesar do seu potencial de gerar efeitos epidemiologicamente mais danosos, como a pobreza, as desigualdades sociais, a epidemia de obesidade e o diabetes, por serem mais insidiosos não geram tal percepção de risco iminente, sendo muitas vezes secundarizados nos processos e nas prioridades (BARRETO, 2017, p. 199).

O autor ainda coloca que desde pelo menos o século XIX, há evidências de que as condições de saúde de uma população estão diretamente relacionadas com características do contexto social e ambiental em que esta vive (BARRETO, 2017, p. 203). Os grupos mais prejudicados por essa condição são os mais vulneráveis, os mais pobres, os grupos étnicos minoritários ou grupos que sofrem qualquer tipo de discriminação (BARRETO, 2017, p. 203). Por fim, cabe ressaltar que:

Embora as evidências sobre a importância dos determinantes sociais na saúde sejam sólidas e haja claros posicionamentos políticos que favorecem a implementação de ações sobre os determinantes das iniquidades em saúde, elas têm sido escassamente utilizadas na prática das políticas públicas dos governos (BARRETO, 2017, p. 204).

Na conclusão de Barreto (2017), isso se deve porque as evidências possuem pouco impacto no sistema de saúde, o qual se estrutura fundamentalmente de acordo com as normas biomédicas, focado na cura e secundariamente na prevenção, pouco afeito conceitual e estruturalmente a se adequar para implementar ações sobre esses determinantes. Por isso:

Observam-se a persistência de problemas de saúde ou doenças que deveriam estar extintos ou minimizados como problema de saúde pública; a emergência de novos problemas de saúde ou doenças sem a adequada resolução de problemas anteriores; a persistência e, em muitos casos, o aumento das desigualdades nos níveis de saúde entre nações, ou entre regiões, grupos sociais ou étnicos de uma mesma nação, ou mesmo entre regiões de uma mesma cidade; e a persistência, em muitos países, de serviços de saúde inadequados para as necessidades da população (BARRETO, 2017, p. 211).

Mais da metade dessas mortes são devido a condições que poderiam ser prevenidas ou tratadas, segundo o autor. Essas determinantes sociais estão conectadas com a Saúde Global, já que seu foco de estudo não é apenas doenças que uniram Estados para seu combate, mas também as particularidades de muitos Estados, principalmente em desenvolvimento, que compartilham problemas comuns.

A conjuntura de um Estado na área da saúde não deve ser levada apenas como uma questão a ser tratada pelo próprio Estado, mas como ponto que se conecta com outras realidades internacionais. A percepção das realidades dos Estados em conjunto permite o entendimento da Saúde Global em níveis regional e internacional. Dessa forma, quando se reconhece a determinação social da saúde, as fronteiras dos sistemas de saúde são ampliadas, incluindo políticas intersetoriais e a articulação entre políticas econômicas e sociais (GIOVANELLA, 2017, p. 225).

Além dos desafios determinantes que a Saúde Global precisa solucionar, para Barreto (2017, p. 195), se adicionarmos à persistência, emergência ou reemergência de muitas doenças infecciosas, o crescimento de muitas doenças crônicas não transmissíveis e de diversas formas de violência, verificaremos que subsistem importantes desafios na saúde da população, em escala global. Essas doenças e esses determinantes estão sempre em contraste, já que o foco para uma doença infecciosa pode ser muito maior do que para uma falta de água tratada em uma localidade. Com isso, (BARRETO, 2017, p. 199) observa que

Outro fenômeno a enfatizar é a relevância atribuída pelas populações e pelas mídias a determinados problemas de saúde e a minimização de outros, algumas vezes mais relevantes em termos epidemiológicos (DOUGLAS & WILDAVSKY, 1982 *apud* BARRETO, 2017, p. 199). A forma como a sociedade percebe determinado problema tem consequências sobre a relevância deste mesmo problema nos sistemas de decisão política e definição de prioridades (BARRETO, 2017, p. 199).

As doenças infecciosas são importantes na Saúde Global, já que continuam a ser a principal causa de morte de crianças e também uma das principais em adultos (BARRETO, 2017, p. 214). Os números são ainda maiores quando analisados globalmente, pois três entre as dez principais causas de óbitos são resultados de doenças infecciosas, que respondem por 16% das mortes ocorridas a cada ano (BARRETO, 2017, p. 214). Essas doenças também se tornam um desafio já que:

A maioria dessas mortes acontece em países em desenvolvimento e é atribuível a doenças evitáveis ou tratáveis, tais como diarreia, infecções respiratórias, HIV/Aids, tuberculose e malária. Embora tenha havido a maioria dessas doenças, tais intervenções nem sempre estão disponíveis para as populações que delas necessitam (BARRETO, 2017, p. 214)

A exemplo da intrínseca relação entre determinantes em Saúde Global e doenças infecciosas, analisando a tuberculose, percebe-se que sua ocorrência em uma população está profundamente vinculada às condições sociais em que esta vive, e estudos têm mostrado que melhorias das condições de vida de uma população, como as obtidas por programas de proteção social, podem ter importante impacto em sua redução (BARRETO, 2017, p. 214). Outro exemplo é o HIV/Aids que pode ser tratado através do uso de antirretrovirais. O tratamento em pessoas soropositivas encontra uma outra barreira, pois:

esses tratamentos ainda têm alto custo, e, apesar dos esforços internacionais, uma parcela importante de infectados ainda não tem acesso a eles. Em 2014, das 32,6 milhões de pessoas que se estima infectadas com HIV, apenas 12,9 milhões (+/- 40% do total) estavam recebendo terapia antirretroviral (BARRETO, 2017, p. 217).

Levando em consideração a pobreza e a desnutrição como determinantes, constata-se que populações que vivem em extrema pobreza e com alta carga de desnutrição são as mais vulneráveis à ocorrência de uma ou de mais dessas doenças simultaneamente, o que amplifica a alta carga de doenças que já sofrem (WHO, 2013a *apud* BARRETO, 2017, p. 17).

1.2.3 Governança e multilateralismo

A governança em Saúde Global é também outro ponto fulcral para compreender as pautas que se consideram na Política Internacional para a implementação de políticas de combate ou prevenção das doenças que ameaçam a sociedade internacional. É importante compreender o termo governança, que se refere:

a atividades apoiadas em objetivos comuns, que podem ou não derivar de responsabilidades legais e formalmente prescritas e não dependem, necessariamente, do poder de polícia para que sejam aceitas e vençam resistências [...]. É um sistema de ordenação que depende de sentidos intersubjetivos, mas também de constituições e estatutos formalmente instituídos [...]. Em alguns exemplos, a governança é identificada com o surgimento de sistemas de regras e recursos para a solução de problemas. (ROSENEAU, 2000, p. 15 - 16).

O multilateralismo e a governança global dialogam. As Instituições de Saúde Internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), estão cada vez mais envolvidas nos diálogos sobre a saúde global, representadas não só como os principais fóruns de discussão sobre a temática entre distintos atores, mas também como atores práticos, que executam e acompanham parte dessas políticas. Além disso,

O mundo se torna mais multipolar, a estrutura de poder muda e a construção de alianças flexíveis começa a se refletir nas instituições e mecanismos de governança global em relação a muitas questões, tais como a saúde global. Atualmente, um número maior de países tem os meios para participar na governança global: recursos internos, conectividade transnacional e status geopolítico (FISCHER & GREEN, 2004 *apud* KICKBUSCH 2017, p. 185).

A respeito desse tema, Ilona Kickbusch (2017) contribui com muitos elementos críticos, pois há uma visão crítica em relação aos atuais mecanismos de governança global da saúde (KICKBUSCH, 2017, p. 181). A autora considera que “os parceiros do desenvolvimento devem engajar-se em uma nova forma de multilateralismo que considere e reflita tanto a diversificação da estrutura de poder mundial quanto a necessidade de os agentes agirem de forma conjunta” (KICKBUSCH, 2017, p. 184). Um dos elementos primordiais de sua crítica, e de outras críticas correntes nas relações internacionais acerca das organizações multilaterais, é a forma de distribuição do poder que ainda reflete o período pós-segunda guerra ou pós-guerra fria, ignorando os diversos polos mundiais de poder em ascensão. São decisões e organizações comandadas pelo mesmo conjunto de países.

Outros pontos relevantes na governança global foram as conferências das Nações Unidas para o desenvolvimento, tanto do milênio quanto do desenvolvimento sustentável. Através dessas diretrizes gerais sobre diversos temas, os Estados e organizações trabalham em conjunto para atingir metas estabelecidas e prestar contas no decorrer desse processo. A exemplo da saúde na Agenda do Milênio (2000-2015), ela foi extremamente relevante, sendo diretamente responsável por três dos oito Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODMs): redução da mortalidade infantil; redução da mortalidade materna; e combate à malária, ao HIV/Aids e outras doenças, entre as quais a tuberculose (BUSS, GALVÃO e BUSS, 2017, p. 350).

Os resultados obtidos, segundo o informe final da Consulta Global sobre Saúde, foram que “os ODMs levaram a saúde ao mais alto nível político global, mobilizaram a sociedade civil, ampliaram a ajuda para o desenvolvimento em saúde e contribuíram para melhorias

consideráveis nos resultados de saúde em países de renda média e baixa” (BUSS, GALVÃO e BUSS, 2017, p. 353). Embora o resultado possa ser visto como um empenho satisfatório do engajamento dos distintos atores na Saúde Global em prol dos ODMs, observou-se por outro lado que “os ODMs também contribuíram para abordagens fragmentadas do desenvolvimento: entre os diferentes ODMs relativos à saúde, entre os ODMs de saúde e outros ODMs (...) e entre os ODMs e outras prioridades omitidas da Agenda do Milênio” (UN, Apr. 2013, p 3-4 *apud* BUSS *et al*, 2017, p. 253). Essa articulação entre os atores, ao nível em que foi posta a saúde através dos ODMs, mostrou que os atores em Saúde Global desempenham suas funções através da Governança em Saúde Global, representada pela Agenda do Milênio. Por causa disso,

O desempenho insatisfatório dos ODMs Saúde, com metas não alcançadas globalmente e em diversos países (UN, 2014), levou o Ecosoc², em uma de suas reuniões de alto nível de 2014 (THE ECONOMIC AND SOCIAL COUNCIL/UN, 2014), a propor dois caminhos complementares: “transformações estruturais necessárias para se obter um crescimento centrado no emprego, a equidade distributiva, e marcos coerentes de política social que abordem as desigualdades nos planos nacionais e internacional” e, simultaneamente, a permanência dos ODMs Saúde entre as metas do ODS [Objetivos do Desenvolvimento Sustentável] Saúde, o que se constituiria em parcela da chamada “agenda inconclusa” dos compromissos do milênio (BUSS, GALVÃO e BUSS, 2017, p. 354).

As pautas em Saúde dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODSs) devem ser vistas como conjunto indivisível baseado nos princípios básicos da Agenda 2030 e relacionados à inclusão social e econômica, assim como à sustentabilidade ambiental, à equidade, à paz e à justiça (BUSS, GALVÃO e BUSS, 2017, p. 375). No Quadro 2 serão observados os ODSs e seus meios de implementação.

² Sigla em inglês do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas.

Quadro 2 – Metas e meios de implantação do ODS Saúde (Assegurar vidas saudáveis e promover bem-estar em todas as idades). Grupo de Trabalho Aberto da Assembleia Geral das Nações Unidas (OWG), 2015

METAS
1- Reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos que 70 por 100 mil nascidos vivos até 2030.
2- Acabar com a mortalidade prevenível de recém-nascidos e crianças abaixo de 5 anos até 2030.
3- Acabar com as epidemias de Aids, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas e combater as hepatites, as doenças transmissíveis pela água e outras doenças transmissíveis até 2030.
4- Reduzir em um terço as mortes prematuras por doenças não transmissíveis por meio da prevenção e tratamento e promover a saúde mental e o bem-estar até 2030.
5- Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso das drogas estupefacientes e o uso nocivo do álcool.
6- Reduzir à metade as mortes e lesões por acidentes de trânsito, em nível global, até 2020.
7- Assegurar o acesso universal a serviços assistenciais de saúde sexual e reprodutiva, incluindo planejamento familiar, informação e educação e a integração da saúde reprodutiva nas estratégias e programas nacionais até 2030.
8- Alcançar a cobertura universal em saúde (UHQ), incluindo proteção aos riscos financeiros, acesso a serviços assistenciais essenciais de qualidade, e acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, efetivos, de qualidade e a preços acessíveis, para todos.
9- Reduzir substancialmente o número de mortes e adoecimentos por produtos químicos perigosos e por poluição e contaminação do ar, água e solo até 2030.
MEIOS DE IMPLEMENTAÇÃO
a. Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países, conforme cada caso.
b. Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos contra as enfermidades transmissíveis e não transmissíveis que afetam principalmente os países em desenvolvimento, propiciando o acesso a medicamentos e vacinas a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha, que assevera aos países em desenvolvimento o direito de usar plenamente o disposto no Acordo Trips com relação às flexibilidades para proteção da saúde pública e, em particular, propiciar o acesso a medicamentos para todos.
c. Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento e treinamento e retenção da força de trabalho em saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento.
d. Aumentar a capacidade de alerta precoce, redução de riscos e gestão de riscos em saúde nacionais e globais.

Fonte: (<<http://sustainabledevelopment.un.org/focussdgs.html>> *apud* BUSS *et al.*, 2017, p. 367).

Associando, mais uma vez, a intrínseca relação que os determinantes de saúde exercem sobre a Saúde Global, o autor frisa que:

Muitos dos outros ODSs e respectivas metas podem ser caracterizados como determinantes sociais da saúde, e por isso mesmo terão grande influência sobre esta – por exemplo, eliminação da fome, segurança alimentar, nutrição segundo necessidades, redução da desnutrição, desenvolvimento infantil, acesso a água de qualidade e a saneamento, com redução de doenças, desastres naturais e mortes, violência e saúde, poluição de ar, solo e água e suas influências sobre saúde. Nesse sentido, quando definiu metas relacionadas com saúde em outros ODSs, a resolução incorporou, de alguma forma, as ideias da estratégia de “saúde em todas as políticas” (BUSS, GALVÃO e BUSS, 2017, p. 368).

Por mais que já se tenha explicado a grande influência dos determinantes em saúde na Saúde Global, a diretriz geral dos sistemas de saúde é baseada na biologia humana, o que provoca estagnação. Para Buss (2017):

É possível, inclusive, que mesmo onde haja cobertura universal, a saúde – por ser uma produção social, e não apenas resultante da biologia humana – se encontre estagnada ou declinante, justamente por causa da desconsideração de determinantes que se encontram fora do sistema de saúde (BUSS, GALVÃO e BUSS, 2017, p. 372)

A governança global apresenta também desafios práticos, já que

As declarações e compromissos de chefes de Estado e de outros atores globais com o desenvolvimento sustentável, ainda que extremamente importantes do ponto de vista político e também ideológico, podem quedar-se exclusivamente retóricos, se não forem acompanhados de transformações profundas na “governança do desenvolvimento”, em âmbitos nacional e global, além de financiamento adequado (BUSS, GALVÃO e BUSS, 2017, p. 376).

Atualmente, estão relativamente evidentes as influências que os determinantes de saúde, governança global e a saúde do planeta exercem sobre a Saúde Global. As mudanças climáticas, por exemplo, têm o potencial de afetar a saúde humana de várias maneiras – doenças infecciosas, perturbando os ecossistemas, afetando a produção de alimentos e aumentando a frequência e intensidade de eventos climáticos extremos, como furacões e picos aumentados de temperatura (MCMICHAEL, WOODRUFF & HALES, 2006 *apud* BARRETO, 2017, p. 210). Entretanto, a equidade no processo decisório, importante processo para chegar a um *acordo* comum sobre responsabilidades comuns, a exemplo do meio ambiente, está muito longe de ocorrer, pois apresenta desafios.

O papel da equidade na transformação da governança global é uma questão recorrente. Na Saúde Global, a equidade é pensada também no processo de governança global na área da saúde, direta e indiretamente, como instrumento de mudança.

1.2.4 Recursos humanos e Saúde Global

Os recursos humanos em saúde estão também conectados com a Saúde Global, uma vez que as discussões sobre prevenção e combate às doenças é exercido por pessoas, em função de suas atribuições nas decisões tomadas. O panorama global da Força de Trabalho em Saúde (FTS) caracteriza-se por uma crise persistente e expressa-se pela escassez crônica e desigualdade na distribuição de profissionais da saúde (POZ, PORTELA e FEHN, 2017, p. 259). Alguns determinantes em saúde e estruturantes sociais, como a desigualdade e a globalização, contribuem com a crise global da FTS. Percebe-se que o desempenho da Saúde Global recebe grandes influências da Força de Trabalho em Saúde, instrumento fundamental para levar em consideração na formulação e atuação das políticas. Além dos determinantes na FTS mencionados, há ainda uma série de outros elementos que devem ser levados em consideração como “as guerras civis, as catástrofes naturais e outras agressões ao meio ambiente [que] têm levado à perda de profissionais da saúde, com sobrecarga das unidades de saúde e interrupção dos programada de saúde e impacto global sobre a FTS, alimentando a crise” (POZ, PORTELA e FEHN, 2017, p. 260).

Segundo o autor, essa complexa conjuntura, na qual se combinam causas e problemas antigos e novos, opera na determinação da saúde de populações em escala global e tem impacto direto sobre o funcionamento dos sistemas de saúde e as necessidades de pessoal (POZ, PORTELA e FEHN, 2017, p. 261). Além de tudo,

Os desafios incluem, entre outros, dificuldades para atrair e reter profissionais da saúde em áreas remotas e rurais; combater a má distribuição e a rotatividade de profissionais, particularmente de médicos; qualificar e adequar a FTS às condições locais; produzir evidências científicas que possam apoiar de forma coerente processos de decisão e gestão de políticas, programas e intervenções sobre os recursos humanos (DAL POZ, 2013; PIERANTONI & GARCIA, 2011; PIERANTONI *et al.*, 2015; VIANNA *et al.*, 2013 *apud* POZ *et al.*, 2017, p. 261).

Alguns dados foram mostrados pela OMS a respeito da FTS. A força de trabalho global de saúde é estimada em aproximadamente 43 milhões de trabalhadores, incluindo 20,7 milhões de enfermeiras/parteiras, 9,8 milhões de médicos e cerca de 13 milhões de outros profissionais da saúde (WHO, 2016c *apud* POZ *et al.*, 2017, p. 261). Os números não são tão altos quando comparada à distribuição desses profissionais nas regiões da OMS, como se pode observar no Quadro 3.

Quadro 3 – Densidade média de trabalhadores da saúde (por 10.000 habitantes) das cinco principais categorias profissionais, * por regiões de Saúde, segundo a OMS, 2000-2013.

Regiões da OMS	Médicos	Enfermeiras e parteiras**	Odontólogos	Farmacêuticos
África	2,4	10,7	0,5	1,0
Américas	20,0	24,1	4,1	3,2
Sudeste da Ásia	6,1	9,0	1,0	3,9
Europa	32,3	41,7	5,9	8,6
Mediterrâneo Oriental	10,3	10,7	1,5	5,6
Pacífico Oriental	13,5	24,1	0,2	3,5
Global	12,3	17,6	0,8	3,6

* Refere-se às sete grandes categorias profissionais de trabalhadores da saúde definidas no Relatório de Estatística Global da OMS: dentistas; farmacêuticos; profissionais de laboratório; trabalhadores da saúde pública e ambiental; trabalhadores da saúde comunitária; gestores e apoio logístico em saúde; outros trabalhadores da saúde.

** Em diversos países há dificuldade na obtenção de dados desagregados entre enfermeiras e parteiras.

Fonte: (<www.who.int/hrh/statistics/hwfstats/en> *apud* Poz *et al.*, 2017, p. 262)

Os dados são bem desiguais se for analisado o diferencial entre o continente africano e o europeu, principalmente em relação aos médicos. Ressalta-se ainda que “as regiões africana e do Sudeste Asiático, que apresentam a maior carga de doenças evitáveis, têm a menor densidade média de trabalhadores da saúde, até dez a 15 vezes menor que nas regiões europeia e das américas” (POZ, PORTELA e FEHN, 2017, p. 261).

A mobilidade internacional da FTS é muito presente, contribuindo para o aumento da desigualdade dos profissionais entre as regiões. Segundo Poz *et al* (2017, p. 271), as nações desenvolvidas têm se tornado cada vez mais dependentes da migração internacional de pessoal da saúde, especialmente de médicos e enfermeiras. Essa desigualdade é mais aguda ao perceber-se que

A Europa forma anualmente 173.800 médicos por ano, ao passo que a África, apenas 5.100. Isso é, em si, um problema a ser enfrentado. Mas a situação é agravada pela estratégia de diversos países-membros da UE e outros que, para enfrentar sua escassez, recrutam pessoal da saúde da região africana e de muitos países em desenvolvimento (POZ, PORTELA e FEHN, 2017, p. 267)

A Saúde Global é formada por um conjunto de elementos complementares, como pode-se observar no decorrer dessa parte. As influências históricas da Saúde Global ainda estão presentes, porém com abordagens diferentes. A questão comercial e a segurança do Estado ainda são levadas em consideração quando se discute questões sanitárias e epidemiológicas. Não se pode negligenciar toda a estrutura que sustenta a existência humana, visto aqui como

determinantes, fora da análise mais global da Saúde, pois são problemas localizados em todo o mundo. Além da falta de superação dessas estruturas, percebeu-se ainda a negligência com várias doenças tropicais. Essas doenças também influenciam na saúde de uma pessoa infectada com HIV, por exemplo. São, portanto, uma série de fatores de risco, muito deles solucionáveis, que ameaçam constantemente a vida das pessoas pelo planeta e a própria saúde do planeta.

Além desses elementos estudados separadamente que se conectam diariamente, há a Governança em Saúde Global que tenta harmonizar a estratégia dos atores estatais no combate de diversas doenças e na promoção de uma vida mais saudável. Na base da sustentação de todas as formas de manifestação das doenças, situa-se a Governança como um meio de mudar essa situação. Através da Governança estabelecida pelos Estados, sendo um importante incentivo para ações concretas nos territórios, pode-se perceber a promoção eficaz da Saúde Global.

1.3 DIPLOMACIA

Dentro desse grande cenário da Saúde Global, marcado pela ascensão das doenças infecciosas e pela degradação da saúde do planeta, guiada uma governança a ser discutida, atua a Diplomacia em Saúde Global. É importante compreender, primeiramente, os componentes da Saúde Global para entender as relações da Diplomacia em Saúde.

A Diplomacia da Saúde Global (DSG)³ emergiu como conceito para descrever as práticas por meio das quais governos e agentes não estatais tentam coordenar esforços para melhorar condições de saúde em nível global (RUCKERT, LABONTÉ, *et al.*, 2017, p. 143). Além disso, Ruckert *et al* (2017) inclui que “os proponentes da DSG a descrevem como um processo de respostas a características globais de risco à saúde pública, em reconhecimento das múltiplas formas de influência e da determinação sobre a saúde da população” (CSDH, 2008 *apud* RUCKERT *et al.*, 2017, p. 143). Essas primeiras características da Diplomacia da Saúde Global são fundamentais para compreender que “muitos dos mais importantes desafios da saúde

³ Vale ressaltar que não há uma definição precisa quanto ao conceito de DSG (MICHAUD & KATES, 2013 *apud* RUCKERT *et al.*, 2017, p. 144). Nem a própria terminologia é consensual, podendo haver variantes como diplomacia em saúde global e diplomacia da saúde global. O uso de diferentes terminologias não diferencia o objeto final de estudo: a relação da diplomacia atuando no campo da saúde global. Além do mais, a falta de um nível rigoroso de teorização sobre DSG significa que a literatura sobre o assunto ainda está fragmentada e não está estruturada em torno de questões-chave e de explicações teóricas (BLOUIN, MOLENAAR & PEARCEY, 2012 *apud* RUCKERT *et al.*, 2017, p. 144). A literatura geralmente reconhece que a DSG é um campo acadêmico ainda em formação, com questões a serem ainda respondidas e sem definições exatas (WESTRUM, 2011 *apud* RUCKERT *et al.*, 2017, p. 146).

global atualmente transcendem as fronteiras nacionais e vem demandando políticas organizadas e coordenadas, além da coordenação de esforços diplomáticos em nível global” (DAVIES *et al.*, 2014 *apud* RUCKERT *et al.*, 2017, p. 143).

De acordo com Ruckert *et al.* (2017, p. 146) a diplomacia da Saúde Global refere-se de forma mais geral, ao ato, prática ou campo do fenômeno. Para Smith, Fidler & Lee (2010) a diplomacia da saúde global é compreendida como,

“processos definidores de políticas através dos quais Estados, organizações intergovernamentais e agentes não estatais negociam respostas a desafios no campo da saúde ou se utilizam de conceitos ou mecanismos da área em estratégias destinadas à definição de políticas ou instâncias de negociação para cumprir outros objetivos políticos, econômicos e sociais (SMITH, FIDLER & LEE, 2010, p. 7 *apud* RUCKERT *et al.*, 2017, p. 146)

A diplomacia da Saúde Global é indissociável da política externa. Ambas teorizações são complementares, entrelaçando componentes mútuos de compreensão e ação da Saúde Global. Como mencionado no começo desse subcapítulo, as questões concernentes à saúde nas relações internacionais estiveram conectadas, por muito tempo, com a Segurança e Defesa Nacional e com os interesses nacionais. Normalmente explica-se essa visão da DSG determinada “por interesses com base nas teorias realistas de política externa, discutivelmente a perspectiva dominante no campo das RI” (RUCKERT, LABONTÉ, *et al.*, 2017, p. 148). Para Feldbaum, “países desenvolvidos e em desenvolvimento têm posturas – relativas a interesses nacionais (e por extensão, econômicos, financeiros e comerciais) – marcadamente diferentes no que tange aos direitos de propriedade intelectual e acesso a medicamentos” (FELDBAUM, 2013 *apud* RUCKERT *et al.*, 2017, p. 148).

Da mesma forma, alguns estudiosos da área defendem que “os Estados oferecem assistência médica bilateral para melhorar sua reputação e imagem internacionalmente o que contribui, por sua vez, para o aumento do seu *soft power*” (FELDBUM & MICHAUD, 2010; FELDBAUM, LEE & MICHAUD, 2010; LEE & SMITH, 2011 *apud* RUCKERT *et al.*, 2017, p. 149). Essa projeção internacional do Estado na área da Saúde Global é outro elemento da compreensão da DSG. Além disso

Políticas de saúde realizadas no âmbito doméstico e reconhecidas internacionalmente também podem ser utilizadas para ampliar o nível de influência de um país, como o exemplo citado por Gomez (2012) da resposta do Brasil ao HIV/Aids e ao controle do tabaco. Por meio do exemplo de suas próprias políticas e de sua reputação, países podem ampliar seu *soft power* no âmbito das políticas e de sua reputação global e motivar outros países a imitar suas políticas e a eles se juntar para, coletivamente,

cumprirem seus objetivos no campo da saúde global (LEE & GOMEZ, 2011 *apud* RUCKERT *et al.*, 2017, p. 149).

As múltiplas perspectivas possíveis para a compreensão da Saúde Global a partir das teorias das Relações Internacionais não impedem que todas sejam complementares para uma análise mais ampla de distintos fenômenos que acontecem na Saúde Global. A possibilidade de novos atores nas negociações, a contínua influência dos Estados no processo de concretização da política externa e todos os entraves históricos desse processo de cooperação, tornam a diplomacia da saúde global mais dinâmica.

A exemplo desses atores além do Estado, muitos autores mencionam que as organizações internacionais – especialmente as organizações regionais – são importantes para a DSG, pois conseguem fazer com que países que têm interesses divergentes cooperem entre si para melhorar a saúde global (DOYLE, 2006; FELDBAUM, LEE & MICHAUD, 2010; FLYNN, 2013; HAYNES *et al.*, 2013 *apud* RUCKERT *et al.*, 2017, p. 149). Os interesses comuns na Saúde Global, tanto para atingir objetivos próprios quanto para aumentar sua influência na política internacional, são conectados através das organizações internacionais, atores desconsiderados pela perspectiva realista. Observa-se também que boa parte da influência das organizações internacionais provém tanto da “ajuda técnica que essas organizações oferecem a vários níveis e setores dos governos dos países recebedores quanto do impacto normativo das recomendações e orientações que publicam” (MAGNUSSOM, 2009 *apud* RUCKERT *et al.*, 2017, p. 149).

As ONGs também se tornaram atores importantes na Saúde Global e na Diplomacia da Saúde Global. Uma série de artigos discute a influência das ONGs em processos da DSG, especialmente valendo-se da sua capacidade de pressão quanto às questões específicas de saúde pública (BALCIUS & NOVONTNY, 2011; KOIVUSALO & MACKINTOSH, 2011; TAYLOR & DHILLON, 2011 *apud* RUCKERT *et al.*, 2017, p. 150).

Exemplo disso é o papel desempenhado por várias ONGs de desenvolvimento na campanha global dedicada a redirecionar a ajuda para o financiamento do acesso a medicamentos contra três grandes doenças mediante a criação do Fundo Global⁴ e

⁴ Almeida (2017) explica que o Fundo Global (*Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria*), criado em 2002 tem o objetivo de alavancar a prevenção e tratamento de três doenças – HIV/Aids, tuberculose e malária – nos países mais pobres. Esse fundo se descreve como uma parceria entre governos, a sociedade civil e o setor privado, com o potencial de minimizar o nível de interferência política, otimizar estratégias de intervenção e estimular ao máximo o financiamento (RUCKERT, LABONTÉ, *et al.*, 2017, p. 151).

medidas de financiamento mais específicas como a UNITAID⁵ (KOIVUSALO & MACKINTOSH, 2011 *apud* RUCKERT *et al.*, 2017, p. 150)

Segundo Ruckert *et al.*, as ONGs transformaram-se em cães de guarda, dando nome aos bois e expondo os culpados em diferentes instâncias (RUCKERT, LABONTÉ, *et al.*, 2017, p. 151).

De acordo com o autor, complementando a participação das ONGs na discussão de saúde global e DSG, o papel das ONGs é central no Brasil ao promover globalmente o acesso aos medicamentos contra a Aids (RUCKERT *et al.*, 2017). Além disso,

Os esforços no Brasil para se engajar em processos ligados à inacessibilidade de medicamentos contra HIV/Aids demonstram que a pressão dos movimentos sociais pode motivar governos e agências nacionais a trabalhar juntos para exigirem o acesso a medicamentos em negociações internacionais com empresas farmacêuticas (RUCKERT, LABONTÉ, *et al.*, 2017, p. 153)

Além dos Estados, das Organizações Internacionais e das Organizações não-governamentais, percebe-se a presença de outros atores no processo da DSG. Teorias de economia política enfatizam o modo como empresas multinacionais – por meio de parcerias público-privadas – são capazes de moldar o processo de formulação de políticas de tal maneira que seus interesses sejam considerados na DSG (RUCKERT, LABONTÉ, *et al.*, 2017, p. 152). Não são apenas os Estados os atores interessados em projetar e melhorar suas imagens no cenário internacional. Através dessas parcerias (público-privado), entende-se que se auxiliam os esforços de *lobby* das empresas e representam uma oportunidade para elas melhorarem sua imagem pública e demonstrarem sua responsabilidade social (RUCKERT, LABONTÉ, *et al.*, 2017). Não muito surpreendente também, observa-se que os fortes investimentos das empresas multinacionais em DSG direcionam a política implementada em uma direção específica (biomédica), que é, de forma geral, focada no mercado e em doenças específicas, e atendem às atividades e aos interesses dessas empresas multinacionais (RUCKERT, LABONTÉ, *et al.*, 2017, p. 152).

As questões referentes às empresas transnacionais associam-se com a questão dos direitos relativos à propriedade intelectual, pois, segundo Ventura (2013), um dos exemplos

⁵ A Unitaid é uma organização internacional que investe em novas maneiras de prevenir, diagnosticar e tratar o HIV/Aids, tuberculose e malária mais rápido, mais barato e mais eficaz. Eles também trabalham para melhorar o acesso ao diagnóstico e tratamento para a coinfeção pelo HIV incluindo Hepatite C. A Unitaid é uma parceria hospedada da OMS (Tradução nossa). Disponível em: < <https://unitaid.eu/about-us/#en> > acesso em 14.03.2018.

mais proeminentes é o papel do *lobby* das empresas em negociações relativas aos direitos de propriedade intelectual, na tentativa de enfraquecer a distribuição gratuita de antirretrovirais e manter a máxima proteção aos direitos de propriedade intelectual (VENTURA, 2013 *apud* RICKERT *et al.*, 2017, p. 153). Para Fidler (2013), a não tão invisível mão dos interesses das empresas influencia, há muito tempo, a diplomacia da saúde e continua influenciando, tal como no caso de *lobby* de empresas farmacêuticas, de tabaco, áreas, de logística, de saúde e de alimentos e bebidas (FIDLER, 2013 *apud* RUCKERT *et al.*, 2017, p. 154).

Há ainda outro conjunto de atores, denominados de “diplomacia das celebridades”, que possuem influência na área da DSG. Trata-se de uma nova forma de diplomacia global, na qual atores, cantores, artistas e outras personalidades famosas promovem causas diferentes no campo da saúde, aumentando a conscientização em relação ao problema, conferindo-a maior importância e atraindo fundos (RUCKERT, LABONTÉ, *et al.*, 2017, p. 154).

Todos os diferentes atores apresentados estão distribuídos e exercendo influência em vários níveis de análise, internacional/global e nacional, por exemplo. Dessa forma, percebe-se o caráter dinâmico que a Diplomacia em Saúde Global possui e quem são seus atores influentes nos processos de saúde global. É importante compreender a DSG para perceber como esses processos executam-se e quais grupos estão influenciando mais em uma situação específica.

1.4 POLÍTICA EXTERNA E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

A política externa, em sua definição clássica e básica, é a projeção dos interesses dos Estados no sistema internacional. É através dela que se decidem os caminhos pelos quais o Estado priorizará seguir e cooperar (BEDOYA, 2013). A Saúde também é uma pauta da política externa, embora, muitas vezes, seja percebida como importante apenas no meio doméstico. Na maior parte do século XX, a saúde foi uma questão marginal e negligenciada pelos decisores na área de política externa (ALMEIDA, 2017, p. 42). Para Fidler (2005) “*scholars now interested in global health have commented on how much health as a foreign policy and diplomatic concern has been neglected in the study of international relations*” (FIDLER, 2005, p. 180).

O discurso da Saúde na agenda da política retornou na última década do século XX, mas, como ressalta Almeida (2017), ele retorna às agendas e estratégias internacionais dos países desenvolvidos.

A revolução da Saúde, descrita por Fidler como os diversos acontecimentos ligados à área da saúde nas últimas décadas, fez com que a questão da Saúde na pauta da política externa ocupasse um lugar mais privilegiado. Para ele, “*health’s political revolution represents health’s escape from ‘really low politics’ into a new situation in which health features prominently on many political agendas in international relations today*” (FIDLER, 2005, p. 181). Alguns exemplos que suportam esse pensamento são as ameaças de bioterrorismo e as ameaças gerais de terroristas usando armas de destruição em massa (FIDLER, 2005, p. 181). Outro exemplo importante mencionado por Fidler (2005) é que

In 2000, the United Nations (UN) Security Council, considered the HIV/AIDS epidemic in the developing world, especially sub-Saharan Africa, as a threat to international peace and security, marking the first time a health threat was discussed before the UN body mandated to maintain international peace and security (FIDLER, 2005, p. 181).

Há algumas possibilidades apresentadas por alguns autores sobre interpretações acerca da relação e ascensão do tema da Saúde na área de política externa. Percebe-se que “*discussions in these settings often reveal different interpretations of the new relationship between health and foreign policy*” (FIDLER, 2005, p. 182). Uma dessas interpretações é que

se analisa a saúde como um objeto importante da política exterior, pelo valor político intrínseco que teria para a humanidade, sobretudo no início do século XXI, com o poder, inclusive, de transformar os interesses históricos que sempre orientaram a política externa dos Estados nacionais (KICKBUSCH *et al.*, 2007; HORTON, 2007 *apud* ALMEIDA, 2017, p. 42).

Outra possível explicação, oposta à primeira é que

o aumento da importância da Saúde na política externa estaria relacionado à ameaça que as doenças e epidemias significariam para a segurança nacional, seja em termos geopolíticos ou de estabilidade regional, ou ainda de comércio e de poder econômico (INGRAM, 2005 *apud* ALMEIDA, 2017, p. 42).

Na terceira explicação destacada por Almeida (2017),

analisa-se a relação entre saúde e política externa como movimento dinâmico que articularia os imperativos da política externa com os objetivos científicos da saúde; sem negar os interesses dos Estados nesse processo, nessa interpretação proclama-se a supremacia da ciência sobre os demais interesses envolvidos nessa relação (FIDLER, 2009 *apud* ALMEIDA, 2017, p. 42).

Fidler (2005) também aborda a mesma ideia central dessa primeira perspectiva, sendo descrita por ele como *“foreign policy as health”*, que cresce nas relações internacionais como transformadora da política externa (FIDLER, 2005). Para Fidler (2005), a *“foreign policy as health”* persegue, ou deveria perseguir no futuro, a saúde como um fim em si mesmo. Essa perspectiva argumenta que a saúde afeta tantas agendas políticas que isso emergiu como um valor transversal – definido como um valor que influencia a natureza substantiva da hierarquia política dentro dos Estados e políticas anárquicas entre Estados (FIDLER, 2005). Um dos exemplos ilustrados pelo autor é os objetivos do Milênio, como já mencionado anteriormente, mas que aparece para reforçar a *“foreign policy as health”*.

A conceitualização de *“foreign policy as health”* rejeita a ideia de que a saúde é meramente técnica, uma atividade não-política e argumenta que a saúde se tornou um valor político preeminente para o século XXI (FIDLER, 2005, p. 183-184).

A segunda perspectiva é, também, muito bem trabalhada por (FIDLER, 2005), ilustrando que a Saúde se torna simplesmente outro assunto a ser trabalhado pela política externa. Para ele,

This alternative framework holds that health’s rise on foreign policy agendas merely indicates that foreign policy is shaping health, not vice versa. This perspective—*“health and foreign policy”*—captures the essence of the argument: health has merely become another issue with which traditional approaches to foreign policy grapple. Health is no different from any other issue that foreign policy addresses, and foreign policy approaches health in the same manner it approaches other issues. Health does not transform thinking about foreign policy; rather, foreign policy transforms how we conceptualize health (FIDLER, 2005, p. 184).

Fidler (2005) ainda ressalta que nessa segunda perspectiva, em que a segurança é um elemento importante, poder-se-ia dizer que somente certos tipos de doenças e seus problemas seriam influentes na política externa, como a SARS, HIV/Aids, ou uma pandemia que cause sérias perturbações, exigindo um nível alto de ação da política externa (FIDLER, 2005, p. 184).

Menciona-se ainda que a política externa dos países desenvolvidos, voltada para a área da Saúde, tem grande envolvimento com questões comerciais, particularmente os acordos de propriedade intelectual na OMC, os acordos TRIPS. Os países em desenvolvimento estariam tentando conseguir o direito das patentes para ter acesso aos medicamentos (FIDLER, 2005).

A terceira perspectiva, para Fidler (2005), estaria entre as duas primeiras, envolvendo *“a dynamic between science and politics that reflects an interdependence, or mutual dependence, when health and foreign policy mix”* (FIDLER, 2005, p. 185). Além disso, “Saúde

como Política Externa” “*focuses on a different aspect of health from the other two perspectives because it concentrates on the science for health, or epidemiology*” (FIDLER, 2005, p. 185). Nesse sentido mais científico, aborda-se bastante diretrizes epidemiológicas, mostrando como as doenças deveriam ser tratadas.

Em suma, os elementos principais indicados pelo conjunto de atores é o valor da política externa para a humanidade e seu poder de transformação. O aumento das doenças, representadas por epidemias e pandemias, relaciona-se com a segurança nacional e por isso deve ser um assunto de política externa. Por fim, deve-se considerar a dinâmica entre os imperativos da política externa e os objetivos científicos da saúde. As interpretações sobre a relação entre a saúde e a política externa são distintas, não há um consenso sobre seu principal interesse, porém, nenhuma dessas explicações, isoladamente, engloba todas as complexas variáveis envolvidas nessa articulação (ALMEIDA, 2017, p. 42).

Fidler (2005, 2009) e Ingram (2005) localizam no período pós-Guerra Fria a ocorrência de uma série de eventos convergentes que contribuíram para mudar a percepção da política externa em relação aos problemas de saúde, impulsionados pelo processo de globalização e pelas mudanças geopolíticas (FIDLER 2005, 2009; INGRAM 2005 *apud* ALMEIDA, 2017, p. 43).

Para Fidler (2009), os motivos dessa mudanças são complexos e envolvem diversas variáveis, mas refletiriam o fato de que a ameaça das epidemias e pandemias – principalmente com as doenças emergentes e reemergentes – repercutiria nas quatro dimensões centrais da política externa de qualquer país: a garantia da segurança nacional; a preservação e expansão do poder econômico e da riqueza; o estímulo ao desenvolvimento em regiões e países estratégicos do ponto de vista geopolítico; e o apoio à dignidade e direitos humanos (FIDLER, 2009 *apud* ALMEIDA, 2017, p. 43).

Historicamente, até o século XIX, a relação entre política externa e Saúde realizou-se,

com o objetivo de minimizar os impedimentos que as medidas sanitárias – tais como quarentenas ou padrões de segurança no trabalho – impunham às economias nacionais, à expansão econômica e ao comércio internacional; ou de controlar doenças ou epidemias – como malária e febre amarela – que dificultavam investimentos econômicos (FIDLER, 2009; FELDBAUM, LEE & MICHAUD, 2010; CUERTO 1996, 2008 *apud* ALMEIDA, 2017, p. 43)

A consolidação de sistemas internacionais, como a OMS e outros mecanismos de saúde ou de investimento, dinamizou a articulação entre a política externa e a Saúde Global. Além dos aspectos materiais dessa nova ligação, percebeu-se ainda que “a interdependência entre os atores globais e a interconectividade proporcionadas pela globalização contemporânea

desafiaram a distinção tradicional entre atividades do setor de Saúde doméstica e esforços internacionais na área da saúde” (FIDLER, 2009 *apud* ALMEIDA, 2017, p. 43). Com a multiplicidade de atores, o esforço deve ser conjunto para atingir objetivos concretos, embora os atritos entre seus diferentes poderes sejam ainda entraves para uma articulação mais efetiva.

A integração da Saúde no campo da política externa é influenciada pela argumentação da segurança nacional, sobretudo o comércio, tornando-se, portanto, pauta na agenda de política externa (ALMEIDA, 2017). Entretanto,

Essa articulação foi temporariamente amenizada no século XX, quando melhoraram as condições de saneamento e os avanços tecnológicos (antibióticos, vacinas), juntamente com os processos de descolonização, diminuíram a sensação, nos países desenvolvidos, de ameaça pelas doenças vindas de alhures (FIDLER, 2001 *apud* ALMEIDA, 2017, p. 46).

Posteriormente, com o fim da bipolaridade no final do século XX, as questões de segurança nacional começaram a ser revistas e as doenças infecciosas voltaram a ser consideradas nessa agenda (ALMEIDA, 2017, p. 46). Para Almeida, pelo menos, três são os desenvolvimentos que chamaram a atenção nessa nova articulação entre política externa e a saúde: 1) o expressivo aumento no financiamento para a saúde; 2) o crescente número de atores e instituições que atuam nessa área; e 3) o impactante foco em apenas uma (HIV/Aids) ou poucas doenças (como tuberculose, malária) (ALMEIDA, 2017, p. 46).

O direcionamento dessa política externa, sobretudo vinculada à segurança nacional, começou a mudar de foco a partir do fim da Guerra Fria. Pode-se perceber que

a principal mudança na nova agenda de segurança se deu em relação ao seu objeto prioritário – dos Estados para as pessoas –, fragmentando a segurança nacional em várias subcategorias, com as quais se procurava mudar o foco de análise do sistema interestatal para a sociedade e os indivíduos, seja dentro de determinado Estado ou entre Estados (ALMEIDA, 2017, p. 46).

Entretanto, é fundamental frisar que a segurança nacional nunca foi deixada de lado para priorizar apenas as pessoas, foco central da atuação das doenças. O que ocorreu foi um aumento na relevância dessas pessoas nos processos de Saúde Global e também da política externa. A dimensão da nova agenda de segurança nacional inclui o

Descentramento (sic) do Estado como ator preferencial em relação às questões de segurança, uma vez que é desafiado pela emergência de um mapa político complexo, diversificado, com participação ativa de distintos atores com recursos de poder

diferenciados na governança global, e por outras perspectivas críticas, como o discurso dos direitos humanos (ALMEIDA, 2017, p. 47).⁶

A política externa recebe influência de muitas fontes e abrange diversos assuntos. Porém, percebeu-se que esses temas também influenciaram a Saúde, por exemplo,

Temas como direitos de propriedade intelectual, produção e distribuição de medicamentos e insumos, comércio internacional e direitos humanos passaram, então, a politizar de forma mais contundente a arena internacional da saúde, de forma extremamente polarizada, e têm tensionado substancialmente a área da diplomacia em saúde (ALMEIDA, 2017, p. 49).

Para a Almeida, “esses desdobramentos colocam no centro do debate as relações entre globalização, saúde, segurança e desenvolvimento” (ALMEIDA, 2017, p. 49). Pode-se mencionar, ainda, alguns resultados desses desdobramentos, pois, “ainda que não seja nova no sistema mundial, essa articulação ganha novos contornos nas últimas décadas, que se expressam em iniciativas globais, como as Metas do Desenvolvimento do Milênio (2000) e a Comissão sobre Macroeconomia e Saúde⁷” (ALMEIDA, 2017, p. 49).

O relatório dessa Comissão impulsionou o crescimento das Iniciativas Globais em Saúde (*Global Health Initiatives, GHIs*)⁸ que são iniciativas para enfrentar os problemas de saúde em nível global (ALMEIDA, 2017). Menciona-se, como exemplo dessas iniciativas, o Fundo Global, cujos recursos iniciais foram proporcionados pela Fundação Gates e a sua manutenção foi assegurada pelas doações dos países desenvolvidos, sendo seu maior doador os Estados Unidos (ALMEIDA, 2017, p. 50). Ademais, outra parceria público-privada (PPP) que foi criada em 2000 e cresceu substancialmente foi a Aliança Global para Vacinas e Imunizações (*Global Alliance for Vaccine and Immunization, Gavi*) (ALMEIDA, 2017). A Gavi é uma

PPP formada por uma coalizão entre OMS, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Banco Mundial, governos de países desenvolvidos, produtores privados de vacinas, ONGs e a Fundação Gates, com objetivos de: fortalecer os programas de

⁶ O autor menciona ainda duas outras dimensões na nova agenda de segurança nacional (entendida a partir do fim da Guerra Fria). A primeira está relacionada ao número crescente de questões que podem ameaçar a segurança nacional, entre elas as doenças e o meio ambiente; a segunda etapa está referida à maior inter-relação das questões domésticas e internacionais, pela grande interdependência promovida pela globalização contemporânea, não apenas no âmbito da política externa, mas em vários outros domínios (ALMEIDA, 2017, p. 47).

⁷ A Comissão sobre Macroeconomia e Saúde foi instituída pela OMS durante a gestão de Gro Brundtland (1998-2003), com o objetivo de discutir o lugar da saúde no desenvolvimento econômico global (ALMEIDA, 2017, p. 49).

⁸ As Iniciativas Globais em Saúde incluem a participação do setor privado, de entidades filantrópicas e da sociedade civil em atividades da área da saúde (WHO, 2009 *apud* ALMEIDA, 2017, p. 50).

vacinação dos 72 países mais pobres do mundo; acelerar a introdução de novas vacinas e facilitar o acesso generalizado às existentes; e introduzir tecnologias inovadoras de imunização (ALMEIDA, 2017, p. 50).

Dentro desse processo de Saúde Global, representado pela ação da política externa dos Estados, como o investimento nessas instituições, ocorre o fortalecimento de outros atores da DSG, como as empresas. É dentro desse processo de imunização proposto pela Gavi que há a ampliação do mercado mundial para os produtores privados de medicamentos e vacinas, sendo um subproduto considerável dessas iniciativas (ALMEIDA, 2017).

Essa governança em Saúde Global dos países desenvolvidos, articulada com suas políticas externas, faz com que “os países em desenvolvimento estejam cada vez mais críticos e desconfiados em relação à estruturação da cooperação internacional ou da ajuda externa para as doenças epidêmicas em termos de segurança nacional, pela percepção de que essas iniciativas beneficiam, fundamentalmente os países ricos” (CALAIN, 2007; ALDIS, 2008 *apud* ALMEIDA, 2017, p. 52).

1.4.1 Cooperação Internacional

A conceitualização da cooperação internacional é variada e abrangente. De acordo com Sato (2010) “a cooperação constitui-se no canal pelo qual uma nação mantém-se conectada com padrões econômicos e sociais predominantes e com as principais tendências em curso no plano da ciência e do conhecimento, bem como de suas aplicações e benefícios” (SATO, 2010, p. 46). Para Souza Lima (2007) “não existem definições claras para designar esse conjunto amplo e diverso de práticas, experiências e redes de relações que atuam em escalas variadas e promovem diferentes fluxos e contra fluxos de saberes, tradições e culturas, entre mundos políticos e sociais muito distintos (SOUZA LIMA, 2007 *apud* ALMEIDA, 2017, p. 53).

Vale ressaltar que Cooperação Internacional não deve ser interpretada como uma alternativa ou como antônimo da expressão conflito internacional (SATO, 2010). Exemplificando mais essa divergência, Sato (2010) propõe que

é preciso considerar que a condição natural é que a existência de cooperação indica que podem haver pontos conflitantes, reais ou potenciais, mas que as partes envolvidas estão dispostas a ouvir os argumentos em relação aos interesses dos demais e a buscar soluções negociadas e, na medida do possível, consideradas satisfatórias para as partes. Em outras palavras, a expressão “cooperação internacional” em sua forma genérica indica apenas que duas ou mais nações não resolvem questões e agem de forma individualizada e isolada. Nesse sentido, mais apropriadamente, o termo

“cooperação internacional” deve ser entendido como oposto a “unilateralismo” e não a “conflito” (SATO, 2010, p. 50).

Em um âmbito mais global, a primeira definição de cooperação técnica internacional formalmente reconhecida e vigente até hoje foi estabelecida pela Resolução n. 200 da Assembleia Geral das Nações Unidas (ALMEIDA, 2017), em 1948, significando “a transferência não comercial de técnicas e conhecimentos, a partir da execução de projetos em conjunto, envolvendo peritos, treinamento de pessoal, material bibliográfico, equipamentos, estudos e pesquisas, entre atores de nível desigual de desenvolvimento (prestador e receptor)” (ALMEIDA, 2017, p. 54).

Ressalta-se que as ações de cooperação internacional possuem uma rede diversa de temas, estendendo-se para todas as áreas desde o comércio e as finanças até as questões de segurança, meio-ambiente, educação e saúde (SATO, 2010). Destaca-se que

Cooperação internacional não significa apenas ajuda mútua entre governos e entre instituições pertencentes a diferentes países, muito embora ela possa existir até com frequência. Cooperação tem um sentido amplo. Significa trabalhar junto. Significa que governos e instituições não tomam decisões isoladas. Cooperação internacional significa governos e instituições desenvolvendo padrões comuns e formulando programas que levam em consideração benefícios e também problemas que, potencialmente, podem ser estendidos para mais de uma sociedade e até mesmo para toda a comunidade internacional (SATO, 2010, p. 46).

Para Almeida (2017), o processo político e prático da cooperação internacional é formado por

um conjunto de práticas que é viabilizado por uma série de instrumentos legais (acordos, ajustes, convênios etc.) negociados, decididos e firmados entre governos, seja bilateral ou multilateralmente, ou entre governos e outras organizações, nacionais ou internacionais, supra estatais, governamentais ou não (ALMEIDA, 2017, p. 54).

Ressalta-se que “esses instrumentos se materializam e são operacionalizados em projetos que envolvem duas ou mais instituições executoras dos países (receptor e prestador), em geral órgãos do aparelho de Estado ou outros designados por ele” (ALMEIDA, 2017, p. 54).

Além da expansão do conhecimento sobre territórios e populações estrangeiras, há a expansão de informações. Para Sato (2010), compreendendo a influência que a globalização exerce sobre a dinâmica da cooperação internacional, adequando-se ao tema da “doença”, percebeu que “surto de doenças deixaram de ser apenas uma notícia humanitariamente preocupante vinda por meio de correspondentes internacionais para se tornarem uma

possibilidade real de expansão e contaminação de sociedade situadas em todos os continentes” (SATO, 2010, p. 47).

Dentre esses órgãos do aparelho do Estado mencionado por (ALMEIDA, 2017), encontra-se a Agência Brasileira de Cooperação⁹, vinculada ao Ministério das Relações Exteriores do Brasil. Para o governo brasileiro, a cooperação internacional

se propõe a desenvolver capacidades, de instituições e indivíduos, na perspectiva de promover mudanças, minimizar problemas e explorar possibilidades de desenvolvimento. É entendida como atividade temporária e de fornecimento de subsídios para o desenvolvimento de política públicas do país receptor, mas não como substituta das ações precípuas desse Estado em seu território específico” (BRASIL. MRE. ABC, 2004 *apud* ALMEIDA, 2017).

A cooperação internacional é um instrumento do Estado “para o desenvolvimento como uma das estratégias adotadas para consolidar ou transformar sua posição no sistema mundial” (ALMEIDA, 2017, p. 55), relaciona-se essa concepção de cooperação como instrumento também como a participação do Estado na Saúde Global, levado pelos seus interesses e pela negociação com um conjunto de atores não-estatais. Almeida (2017) frisa ainda que há um “campo permeado por assimetrias na distribuição do poder e por jogos de poder nas relações entre os Estados nacionais ou entre estes e um elenco variado de atores” (ALMEIDA, 2017, p. 55).

Associa-se a cooperação internacional e a política externa porque

a cooperação internacional para o desenvolvimento configura-se como atuação no exterior voltada para o acúmulo de poder, que se expressa tanto por atividades conjuntas quanto por trocas e intercâmbios os mais variados, envolvendo recursos financeiros, materiais (como equipamentos) e imateriais (conhecimentos, ideias, tecnologias), veiculados pela atuação de pessoas – especialistas e profissionais (ALMEIDA, 2017, p. 55).

Para Hirst (2010), “uma leitura política da cooperação internacional deve, necessariamente, articulá-la com o âmbito da política externa e os condicionantes impostos às relações internacionais pelo sistema mundial” (HIRST, 2010 *apud* ALMEIDA, 2017, p. 55). Essa leitura implica a execução dessa política de cooperação, veiculada majoritariamente através da diplomacia, dessa forma, discute-se que “as práticas de cooperação internacional se

⁹ A Agência Brasileira de Cooperação (ABC) foi criada em 1987 no âmbito do Ministério das Relações Exteriores e foi o resultado da junção da Subsecretaria de Cooperação Econômica e Técnica Internacional (Subin) com a Divisão de Cooperação Técnica do Ministério das Relações Exteriores (SATO, 2010, p. 52).

formalizam, assim, no campo da diplomacia e constituem dimensões importantes da política externa de um Estado nacional” (ALMEIDA, 2017, p. 57).

As relações sul-sul, relações estas estabelecidas pelos países do Sul Global como forma de fortalecimento do poder em face aos países do Norte – um antagonismo marcado por países desenvolvidos *versus* países em desenvolvimento, situa-se nos meados do século XX e tem como marco a Conferência de Bandung¹⁰, realizada em 1955 na Indonésia (ALMEIDA, 2017, p. 60). Para Almeida (2017), gradualmente, esse tipo de cooperação constitui-se em uma estratégia de fortalecimento dos recursos de poder na arena internacional dos chamados países subdesenvolvidos ou do Terceiro Mundo, como eram chamados à época (ALMEIDA, 2017, p. 60).

Algumas articulações realizadas pelos países do Sul Global frente aos países do Norte Global são importantes a serem levadas em consideração. Por exemplo, alianças que emergem no âmbito das discussões sobre o desenvolvimento e a ajuda externa e passaram a reivindicar o estabelecimento de uma “nova ordem econômica internacional”, baseada em mudanças na dinâmica econômica e em maior participação nos fóruns internacionais (ALMEIDA, 2017, p. 51). A articulação do G77, a maior organização intergovernamental e espaço de articulação dos países em desenvolvimento no âmbito das Nações Unidas, promovendo a articulação dos interesses econômicos e as negociações conjuntas de seus membros, além da cooperação sul-sul (ALMEIDA, 2017). Destaca-se que “paulatinamente, a discussão sobre o desenvolvimento se desloca do eixo Leste-Oeste para o eixo Norte-Sul.

A respeito das relações Sul-Sul, para Sato (2010)

o entendimento que tem prevalecido é o de que a cooperação Sul-Sul não deveria ser entendida como concorrente ou alternativa para a cooperação tradicional, mas sim como elemento articulado e, na maioria dos casos, complementar à vertente da cooperação mais tradicional com os países industrializados e com as agências multilaterais (SATO, 2010, p. 53)

¹⁰ “A conferência de Bandung foi realizada de 18 e 24 de abril de 1955, com o objetivo de fortalecer politicamente o chamado Terceiro Mundo, visando à promoção da cooperação econômica e cultural afro-asiática, como forma de oposição ao colonialismo ou neocolonialismo. Bandung deu origem a uma política de não alinhamento – uma postura diplomática e geopolítica equidistante dos países poderosos da Guerra Fria (URSS e EUA) [...]. Criou o conceito de norte-sul, expressão que representava um mundo dividido entre países ricos e industrializados (centrais) e países pobres exportadores de produtos primários (periféricos). A declaração de Bandung continha dez pontos sobre a promoção da paz e da cooperação mundiais, baseados na Carta das Nações Unidas” (ALMEIDA, 2017, p. 60).

Outro fenômeno importante que acontece dentro das relações sul-sul é a CTPD – Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento ou cooperação sul-sul, que também é chamada de cooperação horizontal. A CTPD, para Almeida (2017), tornou-se um instrumento importante de política externa nas relações sul-sul e ganhou novos contornos políticos, econômicos e estratégicos, como o princípio da horizontalidade, que representou uma alternativa à verticalidade – transferências unilaterais e impositivas de “pacotes prontos” (ALMEIDA, 2017, p. 61). Esses “pacotes prontos” eram ajudas internacionais norte-sul. A partir da CTPD que se origina a cooperação triangular ou triangulação, pois Países e organismos internacionais do Sistema ONU gradualmente passaram a oferecer recursos para a CTPD na esfera da chamada cooperação triangular (ALMEIDA, 2017, p. 62).

A triangulação, de acordo com a UN-SUSSC, é “uma iniciativa de cooperação técnica entre dois ou mais países em desenvolvimento apoiada financeiramente por doadores do norte ou por organizações internacionais” (ALMEIDA, 2017, p. 63). A Agência Brasileira de Cooperação (ABC) define a cooperação triangular como “a modalidade de cooperação técnica na qual dos países implementam ações conjuntas com o objetivo de prover capacitação profissional, fortalecimento institucional e intercâmbio técnico para um terceiro” e afirma que o Brasil tem “angariado diversos parceiros para as ações de triangulação” (ABC, 2006, 2007, s. d. *apud* ALMEIDA, 2017, p. 63). Exemplifica-se a triangulação pela articulação que o Brasil possui com organismos multilaterais e regionais, como a Opas-OMS, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV-Aids (UNAIDS), além de outros exemplos (ALMEIDA, 2017).

A maior parte das ações de cooperação internacional está voltada ao paradigma do desenvolvimento, ou seja, cooperando em áreas que abranjam o desenvolvimento, seja este na agricultura ou nas finanças internacionais. A cooperação internacional em saúde surge antes da cooperação para o desenvolvimento, como pode ser percebido no Quadro 1. Para Almeida (2017), a explicação plausível para isto é que esse surgimento tem relação “em grande medida como resultado dos avanços no conhecimento sobre as doenças infecciosas e nas tecnologias de transporte do século XIX” (ALMEIDA, 2017, p. 63). Desde 1851, época datada da primeira Conferência Sanitária Internacional, em diante observou-se a realização de outras Conferências, Tratados acordados e criação de Organizações Internacionais para ampliar e fortalecer a cooperação internacional em Saúde (ALMEIDA, 2017). De acordo com Fidler (2001),

esse processo culminou em um marco histórico: a criação da OMS – oficialmente em 1946, mas implementada em 1948 – juntamente com o Regulamento Sanitário Internacional, um conjunto de regras fundamentalmente para o controle de doenças

infeciosas. Combinadas, essas iniciativas produziram os primeiros “processos, regras e instituições para a governança global em saúde” (Fidler, 2001, p. 843 *apud* Almeida, 2017, p. 64).

O sucateamento dos sistemas de saúde tendo como principal agente o neoliberalismo, marcado principalmente pela desigualdade nos países em desenvolvimento, gerou um processo acompanhado da negligência com as questões epidemiológicas e as atividades de saúde pública – prevenção e controle de endemias, doenças epidêmicas e transmissíveis (ALMEIDA, 2017). Menciona-se, a respeito,

A disseminação mundial da epidemia HIV/Aids, conjuntamente com outras doenças fatais, sobrecarregou de forma desproporcional os sistemas de saúde nos países de renda média e baixa. Todos esses fatores, combinados com uma globalização econômica extremamente desigual, aumentaram as necessidades locais e enfraqueceram ainda mais os sistemas de saúde, seja pela falta de prioridade de investimento, seja pela emigração (especialmente para países do norte) de trabalhadores da saúde dos países do sul (ALMEIDA, 2017, p. 65).

Uma das respostas ao problema gerado, inserindo-se também no quadro de “renovação” da OMS e de recuperação do seu papel global no comando do setor, “foi a estimulação da criação de parcerias e fundos globais, envolvendo diferentes atores, públicos (governamentais e não governamentais) e privados (incluindo os filantrópicos), concentrados em alvos específicos” (ALMEIDA, 2017, p. 66). Além disso, desde os anos 2000, as PPPs chamadas Iniciativas Globais em Saúde, também conhecidas como Parcerias Público-Privada em Saúde ou Parcerias em Saúde Global, tiveram um aumento impressionante e são consideradas uma resposta concertada para enfrentar o preocupante aumento de doenças no mundo (WHO, 2009 *apud* ALMEIDA, 2017, p. 67).

Essa nova articulação com distintos atores tomou um caminho mais nítido na sustentação de fundos financeiros para o combate de doenças, ainda que sejam específicas e ignorem, substancialmente, os determinantes em saúde. Para a OMS (2009), o Fundo Global, o Pefar e o Banco Mundial contribuíram com mais de dois terços do total de fundos externos para o controle da epidemia HIV/Aids e malária nos países pobres (WHO, 2009 *apud* ALMEIDA, 2017, p. 67).

A cooperação internacional é um processo que se constrói e que se consolida como uma vertente de longo prazo da política externa dos países (SATO, 2010). Ela possibilita “o intercâmbio de pessoas, experiências e conhecimentos” (SATO, 2010, p. 54).

2 OS ATORES INTERNACIONAIS

O objetivo deste capítulo é ampliar e especificar o debate acerca dos fenômenos da Saúde Global e das discussões teóricas realizadas no capítulo anterior. Estudam-se os atores internacionais que atuam na Saúde Global, com especial atenção voltada aos atores envolvidos nos processos de prevenção e combate ao HIV/Aids.

Nesse primeiro nível de análise, na parte 2.1, aborda-se a estrutura de formação dos principais atores e as diretrizes de suas ações que são importantes para a contribuição à Governança em Saúde Global. Alguns desses atores estudados no primeiro subcapítulo são a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), o Organismo Internacional de Compra de Medicamentos (UNITAID), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) e a Agência das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR). Além das Organizações Internacionais, haverá um enfoque nas Agências de Cooperação de alguns países, nas Fundações Privadas, explicitadas na parte 2.2.

Os Atores Internacionais, estando incluídas as Organizações Internacionais, os Estados, as Organizações Não-Governamentais e as Empresas Transnacionais, são responsáveis pela execução das ações de Saúde Global. As Organizações Internacionais proporcionam um ambiente mútuo para a cooperação e definição de algumas políticas a serem adotadas. A partir desses importantes fóruns internacionais, muitas diretrizes para o mundo todo são decididas, a exemplo dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. Os Estados ainda possuem um papel muito relevante na tomada de decisões. A vontade deles pode fazer com que avancem ou retrocedam as políticas acordadas para a Saúde Global, além de possuírem um papel muito forte na Diplomacia em Saúde Global. As Organizações Não-Governamentais, como já estudado, atuam em constante vigilância com os Estados e as Organizações Internacionais, além de representarem importantes grupos de pressão. As Empresas Transnacionais, estudadas na parte 2.3, nesse caso as que se relacionam com a produção de medicamentos ou suplementos médicos, além de outras com papel secundário para a Saúde Global, são atores relevantes a serem considerados em uma análise aprofundada de Política Externa e Saúde Global.

2.1 O SISTEMA ONU

O Surgimento da Organização Mundial da Saúde (OMS), um dos atores mais centrais no âmbito internacional para se discutir Saúde Global, decorre da Conferência de São Francisco, a mesma Conferência em que “se reuniram delegados de 51 países que, levando em conta a aliança vencedora, [e] pactuaram uma nova ordem mundial com o propósito central de evitar conflitos e os flagelos de uma nova guerra generalizada” (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 283). Houve o engajamento

das delegações da China, Noruega e Brasil que propuseram a criação de um organismo mundial, sob os auspícios da nova Nações Unidas, que cuidasse dos problemas sanitários vigentes e decorrentes da guerra. Depois de muita negociação, os 51 membros das Nações Unidas e outros dez países assinaram a Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), que entrou em vigor no dia 7 de abril de 1948 (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 284).

Ressalta-se sobretudo que já houve a tentativa de criar uma Organização Internacional de Saúde. A Organização Internacional do Trabalho, a Organização Mundial da Saúde e a Organização de Comunicação e Trânsito estavam vinculadas à Liga Das Nações e depois passaram a se vincular à ONU. Isso aconteceu porque a maioria das instituições de cooperação em áreas específicas da Liga não foram suspensas, mas incorporadas à ONU (HERZ e HOFFMAN, 2004).

Para Herz (2004), a OMS criada como uma agência especializada da ONU tem como principal objetivo atingir o maior nível de saúde para todas as pessoas. Dessa forma, esse objetivo é buscado a partir da ideia que a cooperação internacional na área de saúde está relativamente centralizada na OMS, e todas as outras instituições e organizações comerciais internacionais e regionais refletem seus princípios e normas (HERZ e HOFFMAN, 2004).

Dentro das Nações Unidas, “a saúde tem sido alvo de discussões nos três principais corpos diretivos da ONU: na Assembleia Geral das Nações Unidas, no Ecosoc e no Conselho de Segurança” (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 293). Além disso, a Organização Mundial da Saúde

colabora com o Sistema ONU para posicionar a saúde nos debates e decisões dos corpos diretivos intergovernamentais da organização; contribui para um Sistema ONU mais coerente e efetivo nos planos global, regionais e nacionais; fornece a liderança necessária nos esforços humanitários relacionados com a saúde, incluindo o Grupo de Saúde; e promove alianças e abordagens interagências para enfrentar questões de saúde (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 292).

Há também outros organismos internacionais que focam na prevenção e tratamento do HIV/Aids. O PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento¹¹ – foi estabelecido em 1965 como uma agenda para incentivar o desenvolvimento nas Nações Unidas (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017). É um importante ator que “lidera a rede de desenvolvimento global da ONU, atuando em mais de 170 países e territórios, com a tarefa de contribuir para erradicar a pobreza e reduzir as desigualdades e a exclusão” (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 294). Destaca-se que o PNUD é financiado exclusivamente com contribuições voluntárias dos países e um orçamento de mais de USD 5 bilhões, atuando em cinco áreas de ação prioritária: governança; redução da pobreza; prevenção e recuperação de crises; meio ambiente e energia; HIV/Aids (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017). Destaca-se que a maior contribuição do PNUD para o HIV/Aids é através do financiamento à programas ligados à assistência, combate e prevenção da doença.

2.1.1 O Programa da ONU para o HIV/Aids

O UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids – foi fundado em 1996, para dar visibilidade à epidemia de Aids e fortalecer a resposta das Nações Unidas (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 298). A administração da UNAIDS (também conhecida como ONU-Sida) é feita

por um Conselho Coordenador com representação de 22 Estados-membros da ONU, eleitos por um período de três anos e distribuídos geograficamente para representar todas as regiões do mundo. Além disso, também têm assento nesse conselho representantes dos cofinanciadores e cinco ONGs, incluindo associações de pessoas vivendo com HIV/Aids (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 298).¹²

¹¹ Ressalta-se que é o PNUD o responsável, desde 1990, pela produção anual do Relatório de Desenvolvimento Humano, um poderoso instrumento muito utilizado pelos países para comparar seus índices de desenvolvimento humano (IDH), assim como fonte de inspiração para políticas de desenvolvimento (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017).

¹² Acerca desse *Modus Operandi* Buss *et al.* (2017) relatam que “apesar de poderem participar plenamente nas reuniões do Conselho Coordenador, os cofinanciadores não têm direito a voto nas eleições dos Estados-membros. As cinco ONGs, três dos países em desenvolvimento ou economias em transição e duas dos países desenvolvidos, têm assento nas reuniões do Conselho Coordenador do programa, mas sem direito de tomar parte no processo decisório formal e sem direito a voto. A seleção das cinco ONGs que participam do Conselho Coordenador é feita pelas próprias ONGs com *status* consultivo junto ao Ecosoc, ou junto a uma das organizações cofinanciadoras, ou ainda por ONGs que estejam lidando com questões relacionadas com HIV/Aids (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 299)

No plano estratégico do UNAIDS (2016-2021) são apresentados alvos, metas e visão sobre o HIV/Aids para esse período, como se observa no quadro abaixo.

Quadro 4 – *Targets for 2020*

<i>Target 1</i>	<i>90% of people (children, adolescents and adults) living with HIV know their status, 90% of people living with HIV who know their status are receiving treatment and 90% of people on treatment have suppressed viral loads.</i>
<i>Target 2</i>	<i>Zero new HIV infections among children, and mothers are alive and well.</i>
<i>Target 3</i>	<i>90% of young people are empowered with the skills, knowledge and capability to protect themselves from HIV.</i>
<i>Target 4</i>	<i>90% of women and men, especially young people and those in high-prevalence settings, have access to HIV combination prevention and sexual and reproductive health services.</i>
<i>Target 5</i>	<i>27 million additional men in high-prevalence settings are voluntarily medically circumcised, as part of integrated sexual and reproductive health services for men.</i>
<i>Target 6</i>	<i>90% of key populations, including sex workers, men who have sex with men, people who inject drugs, transgender people and prisoners, as well as migrants, have access to HIV combination prevention services.</i>
<i>Target 7</i>	<i>90% of women and girls live free from gender inequality and gender-based violence to mitigate the risk and impact of HIV.</i>
<i>Target 8</i>	<i>90% of people living with, at risk of and affected by HIV report no discrimination, especially in health, education and workplace settings.</i>
<i>Target 9</i>	<i>Overall financial investments for the AIDS response in low- and middle-income countries reach at least US\$ 30 billion, with continued increase from the current levels of domestic public sources,</i>
<i>Target 10</i>	<i>75% of people living with at risk of and affected by HIV, who are in need, benefit from HIV-sensitive social protection</i>
<i>Strategic Milestone 2020</i>	<i>Fewer than 500 000 new HIV infections.</i>
<i>Strategic Milestone 2020</i>	<i>Fewer than 500 000 AIDS-related deaths.</i>
<i>Strategic Milestone 2020</i>	<i>Elimination of HIV-related discrimination.</i>

Fonte: (UNAIDS, 2015).

Além desses alvos formulados pelo UNAIDS, mesclam-se também, em seu plano estratégico, metas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável como o fim da epidemia da Aids, além de “*zero new HIV infections, zero discrimination e zero AIDS-related deaths*”.

Como já exposto no último quadro, “*achieving the 90-90-90 treatment target for children, adolescents and adults is central to ending the epidemic, and provides multiple entry points to encourage action on the human rights, gender and socioeconomic barriers people face in accessing HIV services*” (UNAIDS, 2015, p. 16).

É nesse plano estratégico que a UNAIDS coloca que “*if we do not Fast-Track our response, the costs of the epidemic – to national finances and to human lives – will grow into a debt we can never repay*” (UNAIDS, 2015, p. 3). Frisa-se que esse Plano Estratégico, com objetivos globais, é uma chamada para a ação rápida e para alcançar pessoas necessitadas, porém preteridas. Dentro daqueles objetivos citados, pretende-se, principalmente, “*to close the testing gap and to protect the health of the 22 million people living with HIV who are still not accessing treatment*” (UNAIDS, 2015, p. 3). Fazem parte da estratégia global, no tratamento do HIV, a medicação, com ênfase no alcance das pessoas que não estão sendo medicadas, além do entendimento do porquê de elas não terem acesso aos medicamentos também.

É enfatizado no documento que a Estratégia foca em uma “*unfinished agenda*” que se caracteriza pela redução drástica de novas infecções (UNAIDS, 2015, p. 3). Tendo em mente uma agenda que no passado não foi terminada, enfatiza-se que

“we must protect future generations from acquiring HIV by eliminating once and for all new HIV infections among children, and by ensuring young people can access the HIV-related and sexual and reproductive health services they need. Empowering young people, particularly young woman, is of utmost important to prevent HIV, including by ending gender-based violence and promoting healthy gender norms (UNAIDS, 2015, p. 3).

Porém, os rumos a serem definidos para o fim da epidemia de Aids envolve o progresso através de um espectro inteiro de direitos: civil, cultural, econômico, político, social, sexual e reprodutivo (UNAIDS, 2015). De acordo com a Estratégica da UNAIDS, esses direitos têm que estar focados em sua defesa para todas as pessoas – incluindo crianças, mulheres, pessoas jovens, homens que fazem sexo com outros homens, pessoas que usam drogas, trabalhadores do sexo e clientes, pessoas trans¹³ e migrantes – é muito importante garantir acesso aos serviços de saúde, já que são essas pessoas que podem contrair a doença e se tornam prioridades quando se aborda o tema HIV/Aids (UNAIDS, 2015).

Ressalta-se que a Estratégia da UNAIDS 2016-2021 vem em um momento crítico na história da epidemia do HIV e de sua resposta, pois “*evidence demonstrates that if the current,*

¹³ *Transgender people.*

unprecedented level of HIV service coverage is simply maintained, progress will slip backwards, with rising numbers of people newly infected and more people dying from AIDS-related causes” (UNAIDS, 2015, p. 13). Isso é agravado pelo fato de que *“in all regions of the world, punitive laws, policies and practices continue to violate human rights and maintain structural conditions that leave populations without access to HIV services”* (UNAIDS, 2015, p. 14). De acordo com o documento, a discriminação do HIV está frequentemente entrelaçado com outras formas de discriminação *“based on gender, sexual orientation and gender identity, race, disability, drug use, immigration status and being a sex worker, prisoner or former prisoner* (UNAIDS, 2015, p. 14). É importante salientar, ainda dentro desse escopo de discriminação, que violações dos direitos das mulheres, incluindo violência, continuam a tornar mulheres e garotas mais vulneráveis ao HIV e as impedem de acessar serviços e cuidados (UNAIDS, 2015, p. 14).

Faz parte dessa Estratégica a visão de que o UNAIDS pode conduzir *“the world in its historic quest to end the AIDS epidemic as a public health threat and attain the three zeros vision”* (UNAIDS, 2015, p. 19). Porém, para que isso aconteça, é importante que países sejam encorajados *“to develop compacts and sustainability transition plans that outline domestic and international commitments in support of national costed plans and country-owned targets”* (UNAIDS, 2015, p. 19).

As orientações da UNAIDS expostas pelo plano Estratégico são fundamentais para guiar outros atores internacionais. A maioria desses autores definem o caminho a seguir para o combate do HIV/Aids por meio dessa diretriz mais geral.

De acordo com a OMS, existem globalmente 36,9 milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids, das quais 2,6 milhões de crianças, a grande maioria em países de renda baixa e média (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 299). Entretanto, nos últimos trinta anos, 34 milhões de pessoas morreram de Aids, incluindo 1,2 milhão em 2014; o HIV é a quinta maior causa de mortes entre adultos e a principal causa de morte entre mulheres entre 15 e 49 anos (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017). Dentro desse cenário, observou-se que em 2015, 15 milhões de pessoas receberam tratamento com antirretrovirais em todo mundo, boa parte com recursos do UNAIDS (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017). Ainda em 2015, o orçamento da UNAIDS foi de USD 21,7 bilhões de dólares (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017).

2.1.2 Outros programas da ONU

O UNITAID – Organismo Internacional de Compra de Medicamentos – também destaca o HIV/Aids em seus programas. O UNITAID surgiu em 2006 como uma iniciativa global, no contexto da Ação Global de Combate à Fome e à Miséria das Nações Unidas, por iniciativa dos governos do Brasil, Chile, França, Noruega e Reino Unido (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017). Sua atuação está voltada para a dinâmica de mercados com uma visão de saúde pública e para corrigir as deficiências dos mercados de medicamentos, diagnósticos e prevenção para HIV/Aids, malária e tuberculose nos países em desenvolvimento (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017). Ressalta-se, entretanto, que “apesar de não estar diretamente ligado à distribuição dos medicamentos, o UNITAID apoia, com recursos, programas que se dedicam a esta função” (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 300).

O UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância – possui como missão promover os direitos de todas as crianças em todos os lugares, procurando assegurar uma infância saudável do período pré-natal até a adolescência (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017). O foco da UNICEF está conectado “fortemente à área da saúde da mãe e da criança, por meio de programas multissetoriais em áreas como vacinação, nutrição, água, saneamento, educação e moradia, priorizando crianças e famílias mais vulneráveis e excluídas” (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 296). Vale reforçar que o UNICEF “aposta no reforço dos sistemas de saúde como a ação mais importante para melhorar a saúde da mãe e do recém-nascido e como meio mais efetivo para assegurar cuidados contínuos de atenção” (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 297).

Dentro do Plano Estratégico 2014-2017 encontram-se sete objetivos do UNICEF. Para a Saúde, foca-se

no apoio aos esforços globais para reduzir a mortalidade de menores de 5 anos. O UNICEF atua nas seguintes áreas programáticas: Imunização; Erradicação da poliomielite; Saúde materna e do recém-nascido; Saúde da criança; Fortalecimento dos sistemas de saúde; Saúde em situações humanitárias. Para este objetivo, mobilizará USD 4,1 bilhões (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 297)

Dentro desses objetivos, saúde e HIV/Aids se tornaram dois assuntos distintos. Dessa forma, relata-se que o objetivo com o HIV e Aids é

a prevenção e tratamento do HIV em mulheres, crianças e adolescentes grávidas. Inclui a implementação do Plano Global para a Eliminação de Novas Infecções pelo HIV entre crianças até 2015 e manter suas mães vivas, em parceria com o UNAIDS.

Ao longo do Plano Estratégico, o UNICEF vai mobilizar USD 740 milhões para este programa (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 297).

Essa atuação do UNICEF possui um enfoque mais central na transmissão do HIV pela via vertical, ou seja, da mãe para o filho. A Estratégia da UNAIDS 2016-2021 ainda colabora com os mesmos objetivos do UNICEF, por exemplo

Eliminating new HIV infections among children and keeping mothers alive and well relies on providing immediate treatment to pregnant women living with HIV, further integrating HIV and health services, and engaging male partners in prevention and treatment services, with a focus on underperforming locations and women in the lowest socioeconomic quintile (UNAIDS, 2015, p. 16).

Com o financiamento garantido¹⁴ e comprometendo-se com projetos que “tenham impactos nos mercados internacionais e a parceria com diversas organizações internacionalmente, o UNITAID procura identificar novas formas de prevenir, tratar e diagnosticar HIV/Aids, tuberculose e malária de maneira mais rápida, barata e eficaz” (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 300).

Abordando a parte de tratamento que a UNITAID colabora,

estima-se que em 2014 quase 13 milhões de pessoas que viviam com o HIV tenham se beneficiado do tratamento antirretroviral, contra apenas 1,6 milhão em 2006. Grande parte desse aumento deveu-se à influência do UNITAID, que assegurou o tratamento para o HIV/Aids com uma redução de 80% dos custos. Além disso, 1,5 milhão de crianças e oito milhões de grávidas foram testadas para o HIV (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 300).

O crescimento do UNITAID fez com que outras áreas pudessem ser abrangidas pela iniciativa. De acordo com Buss *et al.* (2017) “em quase dez anos de existência, sua atuação foi crescendo e incorporando outras áreas, como a comorbidade HIV e hepatite C e a propriedade intelectual relacionada com o acesso a medicamentos no contexto da saúde pública” (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 300-301).

O UNODC – Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime – é outro organismo internacional que incide sobre o combate ao HIV/Aids a partir dos casos de pessoas que são ou

¹⁴ Buss *et al.* (2017) relatam como funciona o financiamento da Unitaid: “seu financiamento inovador tem base na taxa internacional sobre as passagens aéreas, recolhida com valores e mecanismos diferentes em nove países: Camarões, Chile, Congo, França, Madagascar, Mali, Ilhas Maurício, Níger e República da Coreia. Somente na França, com essa taxa foram arrecadados, entre 2011 e 2013, mais de 100 milhões de euros para o Unitaid. A Noruega destina parte do importo sobre as emissões de CO₂ para essa iniciativa” (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 300).

correm riscos de serem contaminadas por seringas infectadas. O UNODC “dedica-se à luta contra as drogas ilícitas e o crime internacional. Foi fundado em 1997, com a fusão do Programa das Nações Unidas de Controle de Drogas e o Centro Internacional para Prevenção do Crime” (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 307).

Baseiam-se em três grandes áreas os trabalhos realizados pelo UNODOC – saúde, justiça e segurança pública – e tem como foco de atuação “enfrentar o tráfico de drogas, o crime organizado, o tráfico de seres humanos, a corrupção, a lavagem de dinheiro e o terrorismo, além de contribuir para o desenvolvimento alternativo e a prevenção do HIV entre usuários de drogas e pessoas em privação de liberdade” (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 307).

A atuação do UNODOC na área de saúde merece destaque, pois o escritório

“trabalha para garantir o acesso aos serviços de saúde como um direito humano fundamental, independentemente da condição social ou jurídica das pessoas, e também para que os usuários de drogas e pessoas encarceradas tenham acesso aos serviços de saúde. O UNODC também se mobiliza para conscientizar populações sobre os riscos do uso abusivo de drogas” (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 307-308).

A ACNUR – Agência das Nações Unidas para os Refugiados – tem como mandato “conduzir e coordenar ações internacionais para a proteção de refugiados, procurando assegurar os direitos e o bem-estar deste grupo vulnerável” (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 308). Suas principais estratégias estão descritas no “Plano Estratégico da ACNUR 2014-2018” que tem como meta

“reforçar a proteção dos refugiados, melhorar sua qualidade de vida e procurar soluções para as adversidades que enfrentam em decorrência de sua condição. Para tanto, assume forte caráter intersetorial quando trata de qualidade de vida, significando que, além de educação, moradia e transporte, essas pessoas tenham acesso a cuidados de saúde, prevenção de doenças com foco no HIV, proteção e tratamento de enfermidades, serviços de saúde reprodutiva, segurança alimentar e nutricional, água, saneamento e outros serviços de higiene” (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 308).

A contribuição das Organizações Internacionais não foi esgotante nessa parte do trabalho, porém, observar-se-á a atuação de outras instituições internacionais importantes para a compreensão dos atores em Saúde Global.

2.2 AGÊNCIAS E ONGS

Além dos órgãos ligados à ONU e a outras entidades, que são importantes atores internacionais da Saúde e da Diplomacia Global, percebe-se também a atuação de outros atores no combate e prevenção do HIV/Aids, destacando-se Agências de Cooperação de Países Desenvolvidos, Organizações Não Governamentais, sobretudo as fundações filantrópicas, e as Empresas Transnacionais que se relacionam com a Saúde Global. É importante compreender a atuação desses outros atores porque eles são atuantes e geram impacto internacional para o controle de epidemias.

As Agências de Cooperação podem ser classificadas como agências de cooperação gerais ou especificamente voltadas para a saúde, podendo ter seus vínculos aos Ministérios das Relações Exteriores ou aos Ministérios da Saúde (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 315). Dentre essas agências, as estadunidenses são as que mais se destacam na questão de investimento e abrangência da atuação. A organização das atividades globais do governo dos Estados Unidos é coordenada pelo trabalho de várias agências, entre eles, destacam-se

A Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID); o Departamento de Saúde e Serviços Humanos (HSS), por intermédio do Gabinete de Assuntos Globais (OGA); os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDCs); os Institutos Nacionais de Saúde (NIHs); a Food and Drug Administration (FDA); o Corpo da Paz e a Corporação Desafio do Milênio, entre outros (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 316).

Os programas dos Estados Unidos que mais se destacam são “o Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o Alívio da Aids (Pepfar), a Iniciativa do Presidente para a Malária (PMI) e Alimentar o Futuro (FTF)” (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 316). Além disso, de acordo com os autores, ressalta-se que

Os programas de saúde global dos EUA reconhecem que responder aos desafios globais de saúde é uma responsabilidade compartilhada, razão pela qual seus investimentos são estreitamente coordenados e planejados para alavancar o financiamento por parte dos governos dos países parceiros, organizações multilaterais e outros doadores e parcerias. O governo dos EUA dedicou mais de USD 50 bilhões à cooperação em saúde (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 316)

Frisa-se que o governo dos EUA reuniu seus programas de saúde global sob três objetivos comuns, destacando-se prioritariamente a criação de uma geração sem Aids (reforçando o Pepfar) (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017).

Além das agências de cooperação dos Estados Unidos, há a Agência de Desenvolvimento Internacional do Canadá (Cida) que “foi criada em 1968 para administrar ajuda externa aos países em desenvolvimento, reduzir a pobreza e contribuir para a equidade, segurança e prosperidade no mundo (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 327). Em 2013, a Cida foi renomeada como Departamento de Relações Exteriores, Comércio e Desenvolvimento (DFATD) (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017). Os objetivos do DFATD para a área da Saúde e Desenvolvimento são

o comprometimento com o combate ao HIV/Aids, à malária e à tuberculose e à pesquisa a este relacionada; imunização; poliomielite; doenças infecciosas; nutrição e saúde materna, neonatal e infantil, permeados pelas tecnologias de informação e comunicação (TICs), urbanização e sustentabilidade ambiental. O orçamento estimado do DFATD, nos anos de 2015-2016, foi de cerca de 5,3 bilhões de dólares canadenses (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 328).

Há outras agências para a Cooperação, como a Agência Internacional de Cooperação Japonesa (Jica); a Agência Alemã para a Cooperação Internacional (GIZ); a Comissão Europeia que é o órgão executivo da União Europeia e representa os seus interesses no conjunto, e não os interesses específicos de cada país (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 319); o Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Reino Unido (DFID/UK), que é a segunda maior agência doadora para o desenvolvimento (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 321); o Instituto de Pesquisa para o Desenvolvimento (IRD), uma organização francesa; a Agência Suíça de Desenvolvimento e Cooperação (SDC); a Agência Dinamarquesa para o Desenvolvimento Internacional (Danida); a Agência Norueguesa de Cooperação para o Desenvolvimento (Norad); a Agência Sueca para o Desenvolvimento Internacional (Sida); entre muitas outras agências de cooperação internacional.

Embora a maior parte dessas outras agências não tenham um foco tão particular para a Saúde, direcionado ao HIV/Aids, elas atuam em outros aspectos da Saúde Global. Os Determinantes em Saúde Global são alguns dos objetivos dessas agências, como a redução da pobreza, diminuição das crises humanitárias, auxílio à agricultura e à segurança alimentar, redução do risco de desastres, auxílio em medicamentos, prestação de serviços básicos (como saneamento) entre outros elementos fundamentais para suavizar o impacto dos Determinantes em Saúde Global na “Saúde” das populações.

A maior parte das fundações privadas se originam da filantropia. O filantropismo, na perspectiva de Bishop & Green (2008), pode ser compreendido como um “filantrocapitalismo”,

pois estaria sido praticado na sociedade de hoje como um “substituto aceitável” da distribuição da riqueza por parte do Estado, não importando, em princípio, de onde provenha o dinheiro investido em filantropia, e isso não tem levado nenhum problema de coerência teórica ou ética (BISHOP & GREEN, 2008 *apud* BUSS *et al.*, 2017).

As fundações privadas possuem um importante papel no financiamento de projetos e pesquisas em diversos setores associados ao desenvolvimento global, tais como saúde, educação, combate à pobreza, meio ambiente e prevenção das mudanças climáticas (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017). Salienta-se ainda que “as fundações privadas são provedoras e gestoras das finanças da saúde global em virtude de implementarem seus próprios programas e projetos” (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 338). As Fundações ainda vão integrar as PPPs, “as quais detêm uma parcela desproporcional de poder; de forma geral, tomam decisões independentes sobre políticas e prioridades públicas, sem qualquer discussão pública ou processo político” (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 338). É fundamental compreender o peso que as fundações privadas possuem na Saúde Global:

para se ter uma ideia desse poder, em anos recentes o orçamento em saúde global da Fundação Gates por diversas vezes ultrapassou o orçamento da OMS, o que causa preocupação com a governança democrática da Saúde global, pois a definição da agenda corre sérios riscos de ser imposta de cima para baixo, segundo interesses privados e não de nações, com a fragmentação dos esforços de saúde e políticas e a falta de prestação de contas (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 338).

A estimativa de financiamento internacional realizado por essas instituições, em 2008, teria alcançado USD 6,2 bilhões, o que é um valor significativo em relação ao montante de USD 26 bilhões que o governo dos Estados Unidos financiou para a assistência ao desenvolvimento internacional (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017). Buss *et al* (2017) analisaram que

Em termos geográficos, 65% do financiamento apoiado pelos EUA para a ajuda internacional se destinam, direta ou indiretamente, a países em desenvolvimento, particularmente da África Subsaariana. Uma parte significativa do financiamento das fundações americanas a esses países passa por ONGs de saúde da Europa ocidental, particularmente as que trabalham na África e em outros países (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 330).

É importante compreender a atuação das fundações privadas com o tema de HIV/Aids, pois iniciaram suas atividades sob o pano de fundo da epidemia HIV/Aids, já

Nos anos 1980, quando a OMS teve dificuldades em dar resposta rápida à epidemia e justamente quando as agências financiadoras começavam a preconizar a redução das estruturas públicas e a incentivar as parcerias público-privadas (PPPs). Esse cenário foi marcado pelo enorme afluxo de recursos destinados ao programa de luta contra HIV/Aids para uma agência especialmente para isso, o UNAIDS (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 330).

No que se refere ao setor Saúde, “as fundações têm usado seu poder de financiamento para interferir em políticas globais e nacionais de saúde e ampliar seu papel no discurso em torno da Saúde global” (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 330). Para se ter uma ideia da influência dessas fundações,

Em 2013, a Fundação Gates figurava com USD 42,9 bilhões em ativos, o Wellcome Trust com USD 28 bi (2014), a Fundação Ford com USD 12 bi, a Fundação Kellogg com USD 8,6 bi (2014), a Fundação Rockefeller com USD 4 bi e a Fundação Susan Thompson Buffet com USD 2,7 bi. Em 2012, as fundações americanas concederam USD 22,4 bi em *grants*. Uma quarta parte desse montante (22% ou USD 5 bi) foi direcionada para a saúde, emparelhando-a com a educação (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 331).

Das fundações privadas brevemente mencionadas, vale a pena ressaltar algumas de suas características acerca do financiamento no setor de Saúde, especialmente o HIV/Aids.

A Fundação Bill e Melinda Gates (FBMG), instituída pelo criador da Microsoft em 2000, estipulou como prioridades a saúde pública mundial e o desenvolvimento global (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017). Ressalta-se que “sua divisão de Saúde Global financiou USD 1,1 bi para os programas de combate ao HIV/Aids (21%), à malária (17%), à tuberculose (14%), a pneumonia (10%), doenças entéricas e diarreicas (10%), doenças negligenciadas (10%), à pesquisa e descoberta (8%) e à ciência translacional” (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 332).

Suas parcerias estratégicas incluem a Gavi Alliance para expandir a imunização infantil; o Fundo Global para o Combate à Aids, Tuberculose e Malária; entre outras. Ressalta-se que “na África, a fundação se concentra em HIV, malária, poliomielite e planejamento familiar (uso de contraceptivos e desenvolvimento de novas tecnologias de contracepção)” (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017).

A Fundação Ford também possui um direcionamento mais abrangente para o HIV/Aids. Fundada em 1936, possui como missão a redução da pobreza e da injustiça, o fortalecimento de valores democráticos, a promoção da cooperação internacional e o avanço na realização humana (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 334). Em relação a seu campo de trabalho, “a Ford

aprova anualmente cerca de 1400 projetos distribuídos na América Latina, EUA, Ásia e África” (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 334). No campo da saúde, é importante ressaltar,

prioriza a questão de gênero e direitos de saúde sexual e reprodutiva, com foco em promoção de direitos, proteção dos direitos das mulheres, redução do HIV/Aids, discriminação e exclusão, apoio a pesquisas da sexualidade, sexualidade na juventude e direitos sexuais e reprodutivos. Seus esforços concentram-se particularmente em mulheres jovens de comunidades pobres e excluídas. Apoiar as políticas de saúde sexual e reprodutiva, programas inovadores e pesquisas que abordem os fatores sociais, culturais e econômicos que comprometem a situação de mulheres e meninas. Atualmente, no México e na América Central está desenvolvendo iniciativas para reduzir a discriminação e a exclusão por HIV/Aids e a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 334).

Além dessas Fundações, ganha destaque a Fundação Clinton que, em Saúde Global, “tem como principais focos a Aids, a malária, a tuberculose e outras enfermidades tratáveis, particularmente relacionadas com o acesso a medicamentos e exames muito necessários ao diagnóstico, com frequência limitados em comunidades empobrecidas” (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 337).

Há ainda, da mesma forma que acontece com as agências internacionais de cooperação, um conjunto de fundações privadas que cooperam com a saúde através do combate aos determinantes em Saúde Global, destacando o importante papel que essas fundações exercem no combate à desnutrição, à pobreza e aos diversos problemas que atingem a Saúde Global verticalmente. O que se observa da participação das fundações privadas na Saúde Global é

uma forte tendência ao financiamento vertical de ações de combate a doenças, planejamento familiar e fornecimento de vacinas, com reduzidos investimentos no desenvolvimento de sistemas de saúde, que poderiam agregar todas essas iniciativas, de acordo com o planejamento em saúde dos países. As fundações, em geral, escolhem intervenções focadas, orientadas para problemas que supostamente produzam resultados rápidos, ao invés de optarem por uma abordagem holística e de longo prazo, como o fortalecimento dos sistemas e saúde (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 338).

2.3 A INFLUÊNCIA DAS EMPRESAS

Por fim, destaca-se a influência que as Empresas Transnacionais exercem sobre a Saúde Global e na governança atual. É perceptível que “as grandes empresas fazem negócios em escala global e dominam a produção e a comercialização de bens e serviços no mundo” (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 339). Além disso, “grandes empresas transnacionais têm poder econômico, que habitualmente utilizam para promover seus interesses em instituições e

processos de governança global e nos mercados internacionais” (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 339).

Acerca do dinheiro envolvido por trás de cada uma empresa, exemplifica-se que

O valor de mercado das cinco maiores empresas de tabaco do mundo ultrapassa os USD 400 bilhões; o das cinco maiores empresas de bebidas é de USD 600 bilhões; o das cinco maiores empresas farmacêuticas, USD 800 bilhões. Essas indústrias são maiores do que a maioria das economias nacionais. Entre os 184 países dos quais o Banco Mundial divulgou o PIB em 2011, 124 tinham-no abaixo de USD 100 bilhões (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 339).

Por um lado, há muitas campanhas que se originam da Diplomacia em Saúde Global, fazendo parte de um movimento mais amplo da Saúde Global, que são contrárias aos interesses dessas empresas. A Convenção-Quadro da OMS para Controle do Tabaco é um dos exemplos que tenta frear o uso do tabaco, considerada naquele momento como uma epidemia crescente em todo mundo. As ações estabelecidas no tratado abordam a adoção de medidas intersetoriais nas áreas de propaganda, publicidade, patrocínio, advertências sanitárias, tabagismo passivo, tratamento de fumantes, comércio ilegal e preços e impostos. Ademais, o Brasil é reconhecido internacionalmente pela sua liderança no controle do tabagismo, tendo coordenando o processo de elaboração da Convenção-Quadro da OMS durante os anos de 1999 e 2003 (INCA, 2017).

Por outro lado, é difícil que a atuação e a ação dos Estados barrem a atuação de uma empresa, pois

apesar de os governos terem autoridade para regular qualquer agente do setor privado que opere em seu território, na prática os Estados têm dificuldades de atuar sobre corporações transnacionais, não só devido ao seu formidável poder econômico como também porque elas podem mudar de país-sede com relativa facilidade para evitar ou impedir que sejam reguladas – em outras palavras, elas procuram estratégias para reduzir o controle de qualquer Estado sobre ela (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 339).

Muitos Estados cedem seu poder político para as empresas transnacionais em nome do desenvolvimento nacional, isso cria “um sistema complexo de normas e regulamentos globais criados para proteger e estimular o fluxo de capitais, mas exclui grande parte das questões atinentes a políticas públicas, como saúde, meio ambiente e trabalho” (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 341).

Nesse cenário das empresas multinacionais, encontra-se a Mylan, que é a maior produtora de medicamentos contra o HIV/Aids, “*and more than 40% of the world's 20 million*

people being treated worldwide for HIV/AIDS depend on a Mylan antiretroviral product. In the U.S., there are an estimated 1.1 million people living with HIV” (MYLAN, 2017) .

A Mylan é um importante ator nesse cenário de Saúde Global e de HIV/Aids. Algumas informações acerca do trabalho realizado pela Mylan expressam sua atuação nesse cenário, como servir mais de 165 países e territórios, além de ter aproximadamente metade de todas as pessoas de países subdesenvolvidos sendo tratadas pelo antirretroviral da empresa, tendo um *“total expected investment, 2008-2017, os approximately \$3 billion in capital expenditure”* (MYLAN, 2017).

Além disso,

Mylan’s commitment to providing patients in developing countries with access to high quality medicine is unique among Western pharmaceutical companies. For example: We are – by far – the world’s largest producer by volume of antiretroviral (ARV) drugs. Nearly half of the approximately 16.5 million people currently on antiretroviral therapy (ART) in developing countries (out of a total of 18 million worldwide) use a Mylan ARV every day. That’s more than 8 million people, compared to 1.5 million on any ARV treatment in the U.S. and Western Europe combined (MYLAN, 2017).

Frisa-se o impacto que a Mylan, uma das produtoras de antirretrovirais no mundo, exerce na Saúde Global e na Diplomacia da Saúde, como, por exemplo, negociar com a República Federativa do Brasil a distribuição de medicamentos para a população nacional infectada pelo HIV/Aids. Nesse sentido, gera-se uma relação de dependência entre governos e empresas, já que *“more than 8 million people, nearly half of all patients on treatment for HIV in developing countries, depend on a Mylan antiretroviral every day”* (MYLAN, 2017).

O estudo sobre os atores internacionais da Saúde Global é vasto. Buscou-se aqui sintetizar e ilustrar uma possível interpretação da atuação dos atores na Saúde Global e na Diplomacia em Saúde Global. Contudo, são necessários alguns apontamentos sobre esse panorama. Primeiramente, alguns atores envolvidos na Saúde Global e que não foram muito explorados nesse capítulo, tal como a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO) ou a PNUD. Isso não se deve à uma suposta “irrelevância desses atores” na atuação da Saúde Global, mas ao seu direcionamento não tão significativa no combate ao HIV/Aids.

Em segundo lugar, a Governança em Saúde criada pelas estruturas dos governos nacionais também é um importante elemento na compreensão do funcionamento de determinadas relações entre o cenário internacional e o cenário nacional. Segundo Buss *et al.*,

sendo a saúde eminentemente social, melhor ou pior saúde depende de determinantes sociais, econômicos e ambientais, manejados e sob a responsabilidade de estruturas, políticas e práticas externas ao setor Saúde no âmbito das Nações Unidas e nas estruturas dos governos nacionais (BUSS, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 345).

Finalmente, ressalta-se que compreender a atuação dos atores em Saúde Global permite analisar mais facilmente os processos e os interesses envolvidos numa região com casos presentes de HIV/Aids. Porém, como se viu, esse fenômeno não se limita regionalmente, sendo importante compreender o alcance global que as organizações, as agências de cooperação, as fundações privadas e as empresas multinacionais possuem.

3 A SAÚDE GLOBAL E AS RELAÇÕES BRASIL-MOÇAMBIQUE

Este capítulo tem o objetivo de, por fim, analisar a Saúde Global sobre o HIV/Aids através da política externa brasileira e da Diplomacia Global em Saúde Global pela cooperação em saúde com a República de Moçambique.

Na primeira parte, no subcapítulo 3.1, aborda-se uma contextualização regional e nacional sobre a situação do HIV/Aids em Moçambique. Foi importante compreender como os marcos históricos, a independência em 1975 e a guerra civil, contribuíram para a fragilização do sistema de saúde em paralelo com os primeiros casos de HIV registrados tanto no continente africano quanto na República de Moçambique.

Os dados levantados pela UNAIDS contribuíram para a ilustração da situação do HIV/Aids no país. São informações relevantes que promovem a ação dos atores em Saúde Global na prevenção ao vírus e no tratamento da população soropositiva.

Em seguida, na parte 3.2, analisa-se a cooperação de forma mais ampla, abordando aspectos da cooperação estruturante defendida pela política externa brasileira com os países da CPLP, em especial com Moçambique. A relação da saúde com a política externa e como é percebida essa relação foi analisada nesse subcapítulo. Evidencia-se, desde já, que a Saúde não se encaixa como prioridade na Política Externa, sendo mais um assunto que essa política trata. Todo esse panorama que demonstra o empenho da Diplomacia Brasileira em Saúde Global com os países da CPLP, que exercem diversas atividades nesse ramo, serve como base para um dos maiores projetos implementados pela diplomacia brasileira na cooperação com saúde: uma fábrica de antirretrovirais em Moçambique.

Por fim, no subcapítulo 3.3, observa-se como ocorreu a estruturação da fábrica de antirretrovirais em Moçambique, desde aspectos técnicos e formais até as interpretações mais recentes sobre a produção de medicamentos da Fábrica. Com isso, pretende-se observar uma das realizações da Diplomacia Brasileira em Saúde Global e seus impactos para a projeção externa brasileira.

3.1 O HIV/AIDS NA REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

Antes de estudar a projeção da política externa brasileira em Saúde Global e compreender melhor como esse mecanismo é executado, é necessário compreender, sobretudo, o contexto

regional em que a República de Moçambique está inserida, sendo um dos países mais infectados pela pandemia HIV/Aids.

Em um panorama continental, observa-se que “o continente africano concentra mais de 75% da epidemia de HIV/Aids em termos globais, principalmente na África subsaariana” (SOUSA, 2007, p. 20). Para o autor, a emergência da epidemia na região, que já era afetada por inúmeros problemas sociais e de saúde, determinou, rapidamente, consequências graves para a África Austral.

Moçambique é um Estado africano localizado na:

faixa sul-oriental do Continente Africano, entre os paralelos 10°27' e 26°52' de latitude Sul e entre os meridianos 30°12' e 40°51' de longitude Este. Ao Norte, faz limites com a Tanzânia; a Oeste, com o Malawi, Zâmbia, Zimbabwe e Swazilândia; ao Sul, com a África do Sul. A superfície do seu território é de 799,380 km². (SOUSA, 2007, p. 31)

Como a maior parte dos atuais Estados africanos, Moçambique foi colonizada por europeus, tendo os portugueses como os responsáveis pelo seu território, por quase 500 anos. Nas décadas de 1960 e 1970 ocorreram as independências no continente africano. Após as independências, foi desencadeada uma guerra civil em Moçambique, assim como em outros Estados africanos, que durou cerca de 16 anos (SOUSA, 2007). Todos esses anos de conflito afetaram grande parte do sistema sanitário e educacional moçambicano (BONANNO e VASCONCELLOS, 2014, p. 73). Além disso, “com o cessar fogo, no entanto, muitas organizações humanitárias estrangeiras expandiram suas atuações no país com o objetivo de colaborar com o governo no enfrentamento de problemas sociais” (BONANNO e VASCONCELLOS, 2014, p. 73).

Registra-se, desde a independência de Moçambique, a disposição de um Sistema Nacional de Saúde (SNS), cuja ação prioritária tem sido a ampliação da cobertura média das ações de saúde nas zonas rurais (SOUSA, 2007, p. 38). Diversos postos de saúde foram implementados, porém, na metade e final da década de 1980, as ações do SNS se viram enfraquecidas por causa da guerra civil, que reduziu substancialmente os recursos humanos disponíveis devido ao deslocamento de população rural para os centros urbanos, a diminuição acentuada dos recursos orçamentais alocados à saúde e a degradação da infraestrutura (por exemplo, das estradas e dos serviços públicos) (SOUSA, 2007, p. 38). Faz-se necessário compreender, de forma breve, a sistematização desse sistema de saúde em Moçambique, porque com

“o advento do HIV/Aids e o progressivo aumento da resistência da malária ao tratamento com cloroquina e do mosquito transmissor aos inseticidas tradicionais (Casimiro et al. 2006; Mayor et al., 2001), além da persistência da cólera endêmica (Ansaruzzaman et al. 2004), a situação de saúde dos moçambicanos se viu bastante comprometida” (SOUSA, 2007, p. 38).

O primeiro caso de HIV/Aids detectado em Moçambique foi em 1986 (LOVEIRA, 2006). Após a detecção do primeiro caso,

o Governo de Moçambique decidiu em 1988 criar um sistema de Vigilância Epidemiológica (VE) do HIV em unidades sanitárias seleccionadas designadas comumente como Postos de Sentinela (PS). A criação dos PSs visava alcançar os seguintes objectivos: (i) mensurar as taxas de prevalências do HIV; (ii) avaliar e monitorar as tendências de prevalência do HIV, e; (iii) providenciar um instrumento adequado para a prevenção e minimização do impacto do HIV/Aids (MISAU et al., 2005 *apud* LOVEIRA, 2006 p. 10).

O sistema de Vigilância Epidemiológica surtiu alguns efeitos, os casos de HIV/Aids começaram a ser mapeados e pode-se perceber onde o HIV/Aids estava mais presente, para com isso responder à epidemia. Como se pode observar no Quadro 5, até o final de 1987, haviam sido notificados 3 (três) casos de Aids e em 1989, o número de casos chega a 37 (trinta e sete) (SOUSA, 2007, p. 25)

Quadro 5 – Distribuição dos casos de SIDA/Aids, segundo ano de diagnóstico em Moçambique, 1986-1991:

Anos	Casos	%
1986	1	0,2
1987	3	0,9
1988	23	6,8
1989	37	10,9
1990	98	28,8
1991	179	52,4
TOTAL	340	100,0

Fonte: (MISAU 1992, FERNANDES *et al.*, 1992 *apud* SOUSA, 2007, p. 25)

Destaca-se que “a maioria dos casos vêm sendo registrados entre indivíduos em idades jovens, de maior atividade sexual (20-49 anos), correspondendo a 77,3% dos casos notificados até o final de 1991 (SOUSA, 2007, p. 26). Em 1997, estimativas do Programa Nacional de

Controle das DST/Aids de Moçambique, havia cerca de 8% da população que estaria infectada pelo HIV/Aids (SOUSA, 2007).

As mulheres são a maioria das pessoas infectadas pelo HIV/Aids na África subsaariana, representando 58% dos infectados (MARTINS, KERR, *et al.*, 2014, p. 4). Além das mulheres representarem o maior grupo de infectados, elas tipicamente contraem a infecção em idades mais jovens do que os homens, perdendo, assim, mais anos potenciais de vida, contribuindo ainda para o incremento da transmissão materno-infantil (SOUSA, 2007, p. 21). Em Moçambique,

As mulheres entre 15 – 29 anos de idade apresentam taxas de prevalência mais elevadas, quando comparadas com a dos indivíduos do sexo masculino de idade semelhante. Estima-se ser a prevalência do HIV entre as mulheres de 20-24 anos de idade quatro vezes superior à prevalência entre os homens da mesma faixa etária (SOUSA, 2007, p. 29).

Entre 1999 a 2003, contabilizou-se um total de mais ou menos trezentas mil mortes por causa do HIV/Aids em Moçambique, tornando-se, em pouco tempo, uma das principais causas de mortalidade no país (SOUSA, 2007). Ademais, a Comissão Econômica das Nações Unidas para a África estima que houve 900 mil mortes em Moçambique em decorrência da guerra civil, no período de 1980-1988 (SOUSA, 2007, p. 34). São mortes que afetam toda a sociedade moçambicana em um intervalo de aproximadamente vinte anos, impactando a mão-de-obra no país, além de registrar um número elevado, aproximadamente 250 mil, de órfãos por causa da epidemia (SOUSA, 2007). Em uma perspectiva mais econômica, visualiza-se que o HIV/Aids destrói o capital humano durante anos, enfraquecendo as capacidades da força de trabalho de produzir bens e serviços para a economia (LOVEIRA, 2006, p. 21)

O Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU) foi o único Ministério implicado e envolvido na luta contra as epidemias, principalmente da Aids, como aponta (SOUSA, 2007). Além de sua atuação, o engajamento da comunidade civil se resumia essencialmente às ações de ONGs já estabelecidas, nacionais e internacionais (SOUSA, 2007, p. 39).

3.1.1 As ações para tratamento do problema

A resposta à epidemia em Moçambique mobilizou setores nacionais e internacionais. Notou-se que desde a primeira intervenção da equipe epidemiológica têm sido realizados vários esforços para o combate e prevenção da epidemia no país (SOUSA, 2007). Foi criada uma

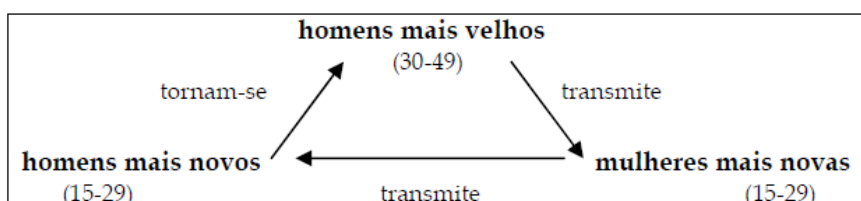
Comissão Nacional do SIDA e se começa a ser esboçado o primeiro Plano Estratégico Nacional de luta contra o HIV/Aids, composto por um conjunto de documentos de princípios, estratégias e atividades para orientação no combate à epidemia, resultado de um processo de consulta e formulação de políticas públicas implementado pelo MISAU (SOUSA, 2007).

Uma das respostas concretas à epidemia, foi, em 1996, a abertura do primeiro Hospital de Dia que oferece tratamento para as doenças oportunistas mais prevalentes, como a tuberculose, a candidíase oral, o herpes simples, a herpes zoster e determinadas pneumonias, tudo de forma gratuita (MISAU, 1998 e 2003 *apud* SOUSA, 2007, p. 42). Houve também a criação de um

plano Estratégico Nacional de Saúde que prevê ampla abordagem por setor, o que propicia parcerias em intervenções multissetoriais de combate ao HIV/SIDA. Juntamente com essa reação do Governo tem crescido a resposta da comunidade, fomentada pelo trabalho de organizações não governamentais (ONG), nacionais e internacionais, organizações religiosas e comunitárias (CBO) (SOUSA, 2007, p. 43).

Todos os Estados e suas regiões apresentam características divergentes em relação ao grupo predominante que possui HIV/Aids. Sousa (2007) aborda que resultados de estudos empíricos e de modelos matemáticos documentam claramente o papel central das regras de pareamento vigentes na África subsaariana (homens mais velhos e mulheres bastante mais jovens) na disseminação vigorosa e contínua da epidemia naquela região (GARNETT & ANDERSON, 1993; GREGSON et al., 2002 *apud* SOUSA, 2007, p. 67). O diagrama abaixo ilustra esse processo.

Diagrama 1 – Padrão esquemático de transmissão do HIV na população de Moçambique:



Fonte: (SOUSA, 2007, p. 69).

É curioso destacar o estudo desenvolvido na Suazilândia em que Mathunjwa & Gary (2006) apontam sobre as práticas culturais tradicionais como um dos fatores que contribuem com a vulnerabilidade da população ao vírus do HIV/Aids (MATHUNJWA & GARY, 2006 *apud* SOUSA, 2007, p. 21). Para os autores,

as práticas que estariam associadas à vulnerabilidade das mulheres são: as regras de socialização e os papéis subalternos das mulheres, o status subordinado das mulheres; a prática de dote e da incorporação da esposa à família do marido falecido como herança. O mito da cura da AIDS através de relações sexuais com mulheres virgens é comum a diversos países e culturas da região (MATHUNJWA & GARY, 2006 *apud* SOUSA, 2007, p. 21).

Há diversos fatores que são vinculados à disseminação do vírus do HIV, em Moçambique e em vários países africanos, como aponta Sousa (2007), sendo fatores socioculturais, econômicos e demográficos. As marcas da guerra civil são importantes para compreender também a disseminação do HIV/Aids no continente africano, pois “os conflitos armados são determinantes importantes na dinâmica da epidemia de HIV ao contexto de cada país e em seu entorno, ao afetarem, direta ou indiretamente, a vida da população, a saúde pública e a seguridade da vida, incluindo o acesso à alimentação, escolas e aos serviços de saúde” (HANKINS *et al.*, 2002 e MWOROZI, 1993 *apud* SOUSA, 2007, p. 75).

Outros fatores contribuem para a disseminação do vírus, como os costumes e as tradições populares que aumentam o risco de transmissão do HIV, como na rejeição de preservativo (GREEN *et al.*, 1993 *apud* SOUSA, 2007, p. 76), a desigualdade social e econômica entre homens e mulheres, o regresso dos refugiados dos países vizinhos e a pobreza (SOUSA, 2007, p. 76).

Determinantes em Saúde Global influenciam nesse contexto moçambicano, como apontado por Jackson (2004) que mostra que a pobreza e a subnutrição são problemas generalizados na região austral da África, em alguns casos, em ascensão e que esse aumento da subnutrição, especialmente em Moçambique, favorece a progresso acelerado da infecção pelo HIV rumo à Aids/Sida (JACKSON, 2004 *apud* SOUSA, 2007, p. 77).

Além de todos esses fatores internos que contribuíram para o aumento de casos e mortes por causa do HIV/Aids, o estigma, a censura e a omissão caracterizaram a epidemia de Aids/Sida no mundo e levaram muitos governos africanos a negarem a existência da epidemia ao longo dos anos 1980, e menos nos anos 1990 (SOUSA, 2007, p. 78).

Percebe-se que o principal motivo da visita dos indivíduos que procuram o Gabinete de Testagem Voluntária, a fim de fazer os testes para o diagnóstico pelo HIV “é o adoecimento, ou seja, mais de um quarto de todos os indivíduos (26,4%) demandaram a testagem quando já apresentavam sinais e sintomas compatíveis com a síndrome clínica (Aids/Sida) e se percebiam doentes” (SOUSA, 2007, p. 69).

Em Moçambique, percebeu-se que no início da resposta nacional à epidemia, todas as medidas estratégicas de combate ao HIV/Aids resumiam-se à prevenção e não abordavam o componente direto da epidemia (LOVEIRA, 2006, p. 16). Com isso,

Os fatores que explicam a ausência do tratamento nas estratégias de combate ao HIV/Aids resumem-se nos seguintes: (i) os preços dos antirretrovirais eram extremamente elevados, sendo Moçambique um país pobre que não tinha capacidade financeira para suportar os custos dos antirretrovirais, e; (ii) a falta de capacidade institucional do Serviço Nacional de Saúde (SNS) para responder positivamente à prestação de serviços de tratamento (LOVEIRA, 2006, p. 17)

Somente em 2004 o MISAU introduziu o tratamento público antirretroviral (TARV) gratuito ao nível nacional (SOUSA, 2007). Ressalta-se que “o objectivo da Terapia Antirretroviral (TARV) é a inibição duradoura da replicação viral, para que seja obtida uma resposta imune e eficaz contra a maioria dos potenciais patógenos” (CUMAQUELA, 2011, p. 16). Além das complicações observadas acerca da produção em território moçambicano de terapias antirretrovirais, entende-se que “a complexidade do TARV e os serviços relacionados está acima das capacidades, pelo que o grande desafio é criar estratégias para que a adesão seja efectiva, contínua e que possa ser avaliada” (CUMAQUELA, 2011, p. 19). Devido ao HIV ser considerado uma infecção viral crónica, o tratamento deve ser contínuo e diário e, dessa forma, ser eficaz para a diminuição da carga viral e evitar o surgimento de doenças oportunistas advindas da baixa imunidade – tendo sido relatado que “um paciente precisa tomar no mínimo 95% das doses prescritas de antirretrovirais para evitar a resistência e o desenvolvimento de infecções oportunistas” (CUMAQUELA, 2011, p. 23). Destaca-se que “há mais mulheres do que homens em TARV, o que reflecte de certo modo a distribuição da infecção por HIV em Maputo e no país” (CUMAQUELA, 2011, p. 54)

É importante salientar que com este tratamento, segundo o Ministério, reconhece-se a necessidade fundamental de integrar a prevenção de HIV/Aids e a assistência para pessoas vivendo com HIV/Aids, o que tem resultado numa expansão consistente e sustentável no acesso aos antirretrovirais (SOUSA, 2007, p. 48). Isso se deve, conjuntamente, a dois fatores exógenos que têm feito a provisão pública dos antirretrovirais em Moçambique, tem havido reduções dramáticas nos custos dos antirretrovirais devido à produção de genéricos e reduções nos preços das drogas registradas (LOVEIRA, 2006).

Em 2016, os dados sobre o HIV em Moçambique foram atualizados e registrou-se um total de 1 800 000 pessoas vivendo com HIV (UNAIDS, 2016), como pode ser observado no quadro abaixo.

Quadro 6 – Adultos e crianças vivendo com HIV

Grupos com HIV	Estimativas
Adultos e crianças vivendo com HIV	1 800 000 [1 600 000 – 2 100 000]
Adultos com 15 anos ou mais vivendo com HIV	1 600 000 [1 500 000 – 1 900 000]
Mulheres com 15 anos ou mais vivendo com HIV	980 000 [880 000 – 1 100 000]
Homens com 15 anos ou mais vivendo com HIV	670 000 [590 000 – 750 000]
Crianças com 0 a 14 anos com HIV	200 000 [150 000 – 250 000]

Fonte: (UNAIDS, 2016, p. 1)

Também foi analisado as mortes de adultos e crianças por causa do HIV, como observado no Quadro 7.

Quadro 7 – Mortes de adultos e crianças por causa da Aids

Mortes por causa da Aids	Estimativas
Mortes de adultos e crianças por causa da Aids	62 000 [50 000 – 73 000]
Mortes entre adultos com 15 anos ou mais	53 000 [43 000 – 62 000]
Mortes entre mulheres com 15 anos ou mais	23 000 [19 000 – 28 000]
Mortes entre homens com 15 anos ou mais	30 000 [24 000 – 35 000]
Mortes entre crianças com 0 a 14 anos	9 200 [5 900 – 13 000]

Fonte: (UNAIDS, 2016, p. 2)

Além dos dados levantados sobre pessoas vivendo com HIV e mortes por causa da Aids, foram levantadas informações sobre pessoas que vivem com HIV e sabem sobre seus status e

quantas estão sob uso de antirretrovirais, além de uma visão mais detalhada sobre esse último, sendo possível perceber isso nos quadros 8 e 9 respectivamente.

Quadro 8 – Status do HIV e tratamento

Status	Estimativas
Pessoas vivendo com HIV	1 800 000 [1 600 000 – 2 100 000]
Pessoas vivendo com HIV que sabem seus status	1 100 000
Porcentagem das pessoas vivendo com HIV que sabem seus status	61 [54 – 69]
Pessoas vivendo com HIV que estão sob tratamento antirretroviral	990 000
Porcentagem das pessoas vivendo com HIV que estão sob tratamento antirretroviral	54

Fonte: (UNAIDS, 2016, p. 2)

Quadro 9 – Terapia Antirretroviral

Grupo destinado	Números de pessoas	Porcentagem
Cobertura de adultos e crianças recebendo antirretrovirais	990 000	54 [41 – 63]
Adultos com 15 anos ou mais recebendo antirretrovirais	914 000	55 [43 – 65]
Mulheres com 15 anos ou mais recebendo antirretrovirais	654 000	67 [52 – 77]
Homens com 15 anos ou mais recebendo antirretrovirais	260 000	39 [35 – 44]
Crianças com 0 a 14 anos recebendo antirretrovirais	76 000	38 [25 – 48]

Fonte: (UNAIDS, 2016, p. 2)

Além desses dados mais gerais acerca da situação do HIV/Aids em Moçambique, foi levantado algumas informações mais precisas sobre alguns grupos de riscos. Foi estimado um número de 13 554 pessoas infectadas classificadas como Trabalhadores do Sexo¹⁵; um número de 10 121 homens que fazem sexo com homens¹⁶; pessoas que injetam drogas (principalmente por compartilhamento de seringas e lâminas) foi de 1 684; a porcentagem entre a prevalência do HIV em prisioneiros foi de 24% (UNAIDS, 2016, p. 3-4).

¹⁵ *Sex Workers.*

¹⁶ *Men who have sex with men.*

Por fim, notou-se que o contexto do HIV/Aids é crítico, com números elevados na região. Porém, o que é mais preocupante, além das mortes causadas pela Aids, é a quantidade de pessoas que não estão sob tratamento de antirretrovirais, sendo essa razão o desconhecimento do status, a falta de acesso ao medicamento e até o estigma entorno da doença.

As mulheres ainda representam parte da população que mais sofre com o vírus. A transmissão vertical, entre a mãe e o filho, ainda é alta e “Moçambique classifica-se em terceiro lugar no mundo, depois da Nigéria e da África do Sul, no que diz respeito às novas infecções pediátricas” (UNICEF, 2015). Em suma, são muitos os desafios presentes em Moçambique, desafios estes que vão tentar ser enfrentados não só pelo governo moçambicano, como também pela comunidade internacional, como o Brasil através da cooperação internacional.

3.2 COOPERAÇÃO E DIPLOMACIA ENTRE BRASIL E MOÇAMBIQUE

O HIV/Aids representa um grande desafio para a Saúde Global, principalmente nos países que possuem sistemas de saúde fragilizados por fatores internos e externos, já que, como visto, o tratamento do vírus deve ser contínuo. Ilustrou-se o conjunto de desafios enfrentados pela República de Moçambique desde de sua independência, além dos diversos dados acerca das pessoas infectadas ou mortas pelo vírus do HIV/Aids. Dessa forma, “a saúde, progressivamente se insere nas estratégias das economias emergentes que buscam soluções para os problemas comuns do Sul Global” (FEDATTO, 2017, p. 2298).

A política externa brasileira para a África possui um histórico de aproximação e distanciamento. O período que está em foco no trabalho inicia-se com a criação da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa, em 1996. Percebe-se que a cooperação brasileira na área de saúde está muito vinculada com a África de Língua Portuguesa (SEQUEIRA, 2015). Ganha-se, entretanto, mais foco com a política externa do governo Lula, “cujo governo inaugura um novo capítulo nas relações Brasil-África ao associar uma nova visão sobre a ordem internacional com a transformação social interna” (FEDATTO, 2013, p. 74). Além disso, percebeu-se que o “discurso e a prática diplomática de Lula encaminham-se para a construção de alianças preferenciais com parceiros no âmbito das relações Sul-Sul” (FEDATTO, 2013, p. 75).

A prioridade foi aos países de língua oficial portuguesa. Destaca-se que “a cooperação brasileira prestada a Angola, Moçambique, Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe e Cabo Verde corresponde a 55% do volume de recursos alocados em projetos de cooperação com a África” (ABC, 2010 *apud* M. FEDATTO 2013, p. 81). A Cooperação Técnica foi muito observada

durante o governo Lula, tanto no discurso quanto na prática, visto a sua busca de uma transferência de conhecimentos técnicos, uma capacitação de recursos humanos, através do emprego de mão-de-obra local e pela concepção de projetos que reconheçam as particularidades de cada país (FEDATTO, 2013). Contribui para esse cenário os novos entendimentos acerca da cooperação internacional, que através do Plano de Ação de Buenos Aires (1978), verificou-se que “a cooperação internacional deixou de ser um instrumento visando somente conceder e receber ajuda externa para se tornar um meio para promoção do desenvolvimento dos países e um instrumento político para enfrentar a competição entre Estados Nacionais” (FEDATTO, 2013, p. 85).

Percebeu-se que a Saúde se tornou pauta da Política Externa Brasileira, embora esteja ainda mais presente nos projetos de cooperação internacional. A Saúde está presente na Agenda de cooperação brasileira e ocupa uma posição abrangente, principalmente com Moçambique. Acerca da Saúde na Política Externa, como visto no Capítulo 1.4, a interpretação mais congruente com o modo de percepção de como a Saúde se encaixa na Política Externa Brasileira é a que frisa “a relação entre saúde e política externa como movimento dinâmico que articularia os imperativos da política externa com os objetivos científicos da saúde” (FIDLER, 2009 *apud* ALMEIDA, 2017, p. 42). Entretanto, é bem possível argumentar que a Saúde na Política Externa é outro tópico de política externa a ser tratado, visto que sua presença no tema se insere principalmente em projetos de Cooperação quando se estuda política externa. Entretanto, é importante, mais uma vez, ressaltar que “as interpretações sobre a relação entre a saúde e a política externa são distintas (...), nenhuma dessas explicações engloba todas as complexas variáveis envolvidas nessa articulação” (ALMEIDA, 2017, p. 42).

Dos desdobramentos da Política Externa em Saúde executada pela República Federativa do Brasil, observa-se dois atores importantes atuantes da Diplomacia em Saúde Global: a Agência Brasileira de Cooperação (ABC) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)¹⁷. Esses atores, principalmente, são responsáveis pela execução das políticas acordadas dentro do espectro da Cooperação Internacional em Saúde Global. É “o conjunto de instituições, mecanismos, relacionamentos e processos complexos formais ou informais entre Estados, mercados e

¹⁷ A Fiocruz foi criada em 1900, como Instituto Soroterápico, quando o país, já enfrentando surtos de febre amarela e varíola, viu-se ameaçado pela peste bubônica (FERREIRA, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 631). Sobre sua atuação, destaca-se que “a instituição cresceu e acabou se tornando um órgão de grande complexidade dedicado à ciência e tecnologia em saúde e à saúde pública, e embora vinculada ao Ministério da Saúde, goza de relativa autonomia técnica e administrativa” (FERREIRA, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 631). Acrescenta-se, por fim, que “a Fiocruz é a principal instituição não universitária de formação e qualificação de pessoal para as áreas de ciência e tecnologia relacionadas à saúde, assim como para a saúde pública em geral” (FERREIRA, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 621).

cidadãos e organizações intergovernamentais e ONGs” (THAKUR & WEISS, 2006 *apud* COITIÑO, ANDRÉS; KLEIMAN, ALBERTO; TOBAR, SEBASTIÁN 2017, p. 587), que atua na diplomacia em Saúde Global. A ABC e a Fiocruz representam esse movimento global por parte do Estado brasileiro.

Discute-se que “a Fiocruz propõe ser uma instituição de excelência em diplomacia da Saúde, articulando os demais eixos temáticos desse plano na captação e oferta de cooperação estratégica e estruturante para o fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde e da CT&I¹⁸ em Saúde” (FERREIRA, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 613). Ademais, percebe-se que sua “participação institucional na política externa brasileira de cooperação para o desenvolvimento, seja sul-sul ou norte-sul, dirige-se à construção e consolidação de estratégias e programas orientados pelo objetivo primordial de promover a equidade em saúde” (FERREIRA, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 613).

Na cooperação brasileira com Moçambique, caracterizada como cooperação sul-sul, percebeu-se que a Fiocruz, junto com os demais atores, tratou de “introduzir uma estratégia diferente, mais orientada para o fortalecimento institucional e organizacional com grande ênfase na promoção de melhor desempenho dos recursos humanos diante de uma variedade cada vez maior de problemas de saúde” (FERREIRA, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 616). Isso se comprova pela orientação da Política Externa Brasileira em fortalecer o sistema de saúde moçambicano através do projeto da construção de uma fábrica de antirretrovirais e outros medicamentos no país.

A Diplomacia Brasileira em Saúde Global é muito presente no continente africano. Percebeu-se que “desde a década de 1990, a Fiocruz desenvolve projetos de cooperação com o continente africano, primeiramente com os Países de Língua Portuguesa (PALOP) e, posteriormente, com a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP)” (FEDATTO, 2013, p. 89). Dessa forma, considera-se que “a Fiocruz é o principal executor da política de cooperação internacional em saúde com a África” (FEDATTO, 2013, p. 89). Enfatiza-se “essa relação através da consolidação do papel estratégico da Fiocruz na região com a inauguração do Escritório Regional de Representação da Fiocruz na África (Fiocruz África), com sede em Maputo, Moçambique, em outubro de 2008” (BRANDÃO, 2010 *apud* M. FEDATTO 2013, p. 89).

¹⁸ Abreviação para “ciência, tecnologia e inovação” (FERREIRA, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 610).

Em suma, destaca-se que as ações de cooperação internacional com o continente africano, destacando os projetos em conjunto com os países da CPLP, abrangem uma diversidade de projetos de cooperação prioritários, todos em consonância com o conceito de “cooperação estruturante em saúde” e com os Planos Estratégicos de Cooperação em Saúde (PECS) (FEDATTO, 2013).

Alguns dos projetos de cooperação coordenados pela Fiocruz abrangem a criação de redes estruturantes. É importante compreender que o conceito de redes estruturantes “vincula-se à capacidade de investigação e de formação e desenvolvimento da força de trabalho em saúde, como forma prioritária de enfrentamento dos problemas de déficit quantitativo e qualitativo de recursos humanos em saúde de muitos Estados” (FERREIRA, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 617). Dentro desses problemas, que também foi deparado pelo governo brasileiro e pela Fiocruz na sua atuação na África, estão a “escassez de pessoal de categorias profissionais específicas, a precarização do trabalho, baixos investimentos na formação básica e na qualificação permanente dos trabalhadores da Saúde e os profundos desequilíbrios na composição e distribuição da força de trabalho” (FERREIRA, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 617). As respostas aos desafios encontrados e as ações para o fortalecimento dessas redes estruturantes foram diversos projetos implantados nos países da CPLP, entre eles “cursos de pós-graduação, capacitações em serviços, criação e fortalecimento de Escolas Nacionais de Saúde Pública, Institutos Nacionais de Saúde e Escolas Politécnicas de Saúde além da implantação de uma fábrica de medicamentos antirretrovirais e outros em Moçambique” (FEDATTO, 2013, p. 90).

Em Moçambique, destacam-se algumas particularidades como o Programa para a Consolidação do Sistema de Saúde de Moçambique (INS-MZ) com Projeto de Curso de Mestrado em Ciências da Saúde; Projeto de Curso de Mestrado em Sistemas de Saúde e Projeto de Apoio à Formação de Pesquisadores e Docentes do INS-MZ (FERREIRA, FONSECA, *et al.*, 2017). Houve o Programa de Apoio à Ampliação do Acesso e à Garantia da Qualidade de Antirretrovirais e outros Medicamentos em Moçambique respaldado de Projeto de Instalação da Fábrica de Antirretrovirais e Outros Medicamentos em Moçambique; Projeto de Fortalecimento da Agência Regulatória Moçambicana na Área de Medicamentos e Projeto de Farmácia Popular em Moçambique (FERREIRA, FONSECA, *et al.*, 2017). Destaca-se também a diretriz sobre o Fortalecimento da Informação, Comunicação e Memória do Setor Saúde em Moçambique que continha “a instalação de uma biblioteca virtual, um centro de videoconferência para a capacitação profissional e uma revista do Instituto Nacional de Saúde

de Moçambique” (FERREIRA, FONSECA, *et al.*, 2017, p. 627). O Fortalecimento do Centro de Reparação de Equipamentos Hospitalares e Laboratoriais em Moçambique que buscou parceria com a Universidade de Campinas se encaixa também no fortalecimento do sistema de saúde (FERREIRA, FONSECA, *et al.*, 2017).

Por fim, destaca-se que essa capacitação dos sistemas de saúde encaixa-se na concepção de cooperação estruturante e “visa estabelecer capacidade nos países para que eles sejam capazes de lidar com seus problemas sanitários e fortalecerem seus sistemas nacionais de saúde” (FEDATTO, 2013, p. 91). A cooperação internacional do tipo estruturante, defendida pelo Brasil, alinha-se também com a cooperação sul-sul, refletida de uma horizontalidade maior no processo de cooperação. Além disso, os diversos projetos de cooperação com Moçambique indicam uma atuação mais ampla e consistente com os princípios pregados pela política externa, os de consolidar o sistema de saúde, ao invés de fazer doações desconectadas da realidade moçambicana, conectado com a projeção internacional do país através da diplomacia em Saúde Global. Tentou-se estruturar uma especialização da força de trabalho para a região, através dos diversos programas de especializações e mestrado e intercâmbios entre os dois países por intermédio da Fiocruz.

3.2.1 As experiências e políticas compartilhadas

Para a atuação na Saúde Global, muitos Ministérios da Saúde “criaram oficinas de relações internacionais e cooperação em saúde” (COITIÑO, KLEIMAN e TOBAR, 2017, p. 590). Essas oficinas se caracterizam como “unidades organizacionais que têm função estratégica (...), relacionando-se com uma ampla gama de atores envolvidos na governança global da saúde” (COITIÑO, KLEIMAN e TOBAR, 2017, p. 590). Essa oficina se materializa no Brasil através da Portaria n. 3.965 de 14 dez. 2010 originando a Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde (Aisa) que tem como fundamento atuar como interlocutor do Ministério da Saúde em todas as atividades referentes às relações internacionais, tanto no atendimento a demandas como na apresentação de propostas de seu interesse (COITIÑO, KLEIMAN e TOBAR, 2017). A Aisa também atuará através das orientações da política externa brasileira em saúde global, visando a cooperação estruturante em saúde. Uma de suas principais contribuições é o acompanhamento de diferentes projetos concentrados, principalmente, nos continentes africano e americano (FEDATTO, 2013).

De acordo com a AISA, dez projetos eram conduzidos pelo Brasil em Moçambique, no período entre 2003 e 2012, na área de saúde (LOPES e MILANI, 2014), como o Quadro 10.

Quadro 10 – Projetos de Cooperação em saúde entre Brasil e Moçambique (2003 – 2012).¹⁹

Título do Projeto	Valores (US\$)	Instituição executora	Instituição financiadora
1. Estudo de viabilidade técnico-econômico para a instalação de fábrica de medicamentos antirretrovirais e outros.	500.000,00	Fiocruz	ABC
2. Capacitação em produção de medicamentos antirretrovirais.	1.009.208,00	Fiocruz	ABC
3. Apoio aos programas de saúde infantil, reprodutiva e do adolescente – Banco de Leite.	519.080,00	Fiocruz e Instituto Fernandes Figueira (IFF)	ABC
4. Apoio aos programas de saúde infantil, reprodutiva e do adolescente – Núcleo de Tele-Saúde, Ensino a Distância e Bibliotecas.	317.200,00	Fiocruz e IFF	ABC
5. Apoio aos programas de saúde infantil, reprodutiva e do adolescente – Atenção à saúde materna e neonatal e fortalecimento de ações de promoção da Saúde do adolescente.	-	Fiocruz e IFF	ABC
6. Fortalecimento institucional do órgão regulador de medicamentos de Moçambique como agente regulador do setor farmacêutico.	453,236,00	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	ABC
7. Fortalecimento das ações de prevenção e controle do câncer em Moçambique.	394.698,00	Instituto Nacional do Câncer (INCA)	ABC
8. Apoio ao desenvolvimento de política nacional de saúde oral em Moçambique: pesquisa em saúde bucal na capital Maputo.	329.340,00	Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)	ABC
9. Apoio ao sistema de atendimento oral de Moçambique: capacitação de técnicos em prótese dentária.	269.050,00	SAS	ABC
10. Fortalecimento da resposta à epidemia de HIV/Aids de Moçambique.	1.140.295,00	Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)	ABC e USAID

Fonte: (LOPES e MILANI, 2014, p. 66).

¹⁹ Ressalta-se que não foi encontrado, na página oficial do Ministério da Saúde – Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde, nenhum projeto posterior a 2012, de modo que a tabela pudesse ter sido atualizada, salvo a informação de que “em 2016, a Agência Brasileira de Cooperação (ABC) firmou parceria com a Agência Inglesa de Desenvolvimento Internacional (DIFID) para retomada o projeto de implantação do Centro Materno Infantil no Hospital Central de Maputo, que estava paralisado por falta de recursos financeiros”. Fonte: <<http://portalms.saude.gov.br/assessoria-internacional/relacoes-bilaterais/mocambique>> Acesso em: 04/06/2018.

Foi “por intermédio da AISA, criada no âmbito do Ministério da Saúde em 1998, que o Brasil logrou projetar para além de suas fronteiras resultados do êxito doméstico de sua política de combate contra o vírus do HIV/AIDS” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009 *apud* LOPES, 2014, p. 65). É importante ressaltar que o Ministério da Saúde e o Itamaraty “lograram garantir ao governo brasileiro vitórias importantes na OMC e na OMS, colocando o debate normativo sobre acesso a medicamentos na perspectiva dos direitos humanos e não apenas sob a ótica dos mercados e da proteção da propriedade intelectual” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009 *apud* LOPES, 2014, p. 65).

Isso adentra “a experiência brasileira de copiar medicamentos contra HIV/Aids que ilustra uma série de questões”, como o “*status* excepcional de medicamentos em relação à propriedade intelectual”, pois “considerados bens públicos, os medicamentos podiam ser copiados livremente no Brasil até 1996” (CASSIER e CORREA, 2007, p. 88). Observou-se que “em 1996, poucos meses depois da nova lei de propriedade intelectual ter sido sancionada, um decreto presidencial proclamou o acesso livre universal aos medicamentos para portadores de HIV/Aids” (CASSIER e CORREA, 2007, p. 88). Por conseguinte, “o governo mobilizou laboratórios farmacêuticos públicos para produzirem medicamentos genéricos e entrou-se em conflito com o *status* patenteável de novas gerações de medicamentos antirretrovirais” o que gerou, de fato, conflitos sobre licenças compulsórias desde 2001 (CASSIER e CORREA, 2007, p. 88). Observa-se que desde as primeiras tentativas de produção de antirretrovirais no Brasil ocorreram diversos entraves, entre eles a propriedade intelectual, a falta de licença compulsória para a produção desses medicamentos, os conflitos com o mercado externo e o governo que decreta universalidade ao acesso dos medicamentos e alguns avanços também como a produção de medicamentos pela engenharia reversa e a cópia genérica para a distribuição nacional.

Percebeu-se que “essa dinâmica de transferência de políticas públicas tem integrado a agenda da política externa brasileira, haja visto que as atividades de cooperação técnica coordenadas pela ABC fundamentam-se em experiências públicas domésticas nos mais diversos setores” (LOPES e MILANI, 2014, p. 61). O aprendizado pode ter ocorrido mediante à implantação de políticas internas ou pela inspiração de experiências internacionais (LOPES e MILANI, 2014, p. 62). Consideram-se envolvidos nesse processo “os funcionários eleitos, os burocratas e os servidores civis, as instituições, as ideologias, as atitudes e os valores culturais, os consultores, os *think tanks*, as corporações transnacionais e as instituições internacionais” (LOPES e MILANI, 2014, p. 63). Tudo isso relaciona-se com a transferência de políticas

públicas brasileiras no campo da saúde, particularmente em Moçambique entre 2003 e 2012 (LOPES e MILANI, 2014).

Um dos projetos de cooperação que mais chama a atenção, devido a sua pretensão por parte do governo brasileiro, é o Projeto 1 sobre a viabilidade da fábrica de medicamentos, que foi considerado o maior vulto e importância por causa da progressão da epidemia do HIV/Aids em Moçambique, levado em consideração as drásticas consequências para o país (LOPES e MILANI, 2014). Por se tratar de um projeto que visa criar infraestrutura no país, em prol do fortalecimento do sistema de saúde moçambicano, um rol de outros projetos estiveram associados a ele, como o Projeto 2 sobre a capacitação do pessoal para a fábrica e do Projeto 6 acerca do fortalecimento de um órgão regulador de medicamentos em Moçambique, sem contar o Projeto 10, visto como mais abrangente, com o objetivo criar uma cooperação triangular, entre Brasil e Moçambique, além dos Estados Unidos como país do Norte (LOPES e MILANI, 2014).

A articulação de um Projeto de cooperação, embora esteja relacionado principalmente à fábrica de medicamentos, que vise à captação de pessoas para a atuação na fábrica colabora, em menor escala, para o fortalecimento da força de trabalho em saúde, que “caracteriza-se por uma crise persistente e se expressa pela escassez crônica e desigualdade na distribuição de profissionais da saúde” (POZ, PORTELA e FEHN, 2017, p. 259). Não só o Projeto 2 é visto como capaz de colaborar para a inversão desse quadro como também outros projetos da Fiocruz são vistos como importantes para atuar na formação da força de trabalho em saúde local, em Moçambique, sobretudo, exemplificando os Programas para a Consolidação do Instituto Nacional de Saúde de Moçambique com os cursos de Mestrado em Ciências da Saúde e em Sistemas de Saúde. A criação de instituições que pensem desde Moçambique sobre os problemas de Saúde Global, não só exclusivamente sobre HIV/Aids, proporciona esse fortalecimento em recursos humanos em Saúde que vive uma crise global, como apontado por Poz, Portela e Fehn (2017).

Acerca da cooperação triangular, complementar à cooperação executada pelo governo brasileiro, “pretende unir esforços dos três países, da sociedade civil, de parceiros bilaterais e multilaterais, ONGs nacionais e internacionais e o setor privado em prol do combate ao HIV” (LOPES e MILANI, 2014, p. 68). Foram definidas quatro áreas prioritárias para intervir-se: “(a) logística de medicamentos, insumos e artigos médicos; (b) monitoria e avaliação; (c) reforço da resposta da sociedade civil à epidemia; (d) reforço da área de comunicação” (LOPES e MILANI, 2014, p. 68).

Por fim, ressalta-se que a Diplomacia em Saúde Global executada pelo Brasil, através de uma cooperação que se intitula “estruturante”, não se distancia de um dos velhos objetivos da Diplomacia *per se* que é o prestígio e a afirmação no cenário internacional. Não se descarta, em nenhum momento, que os projetos de cooperação instituídos com a República de Moçambique afastam-se do propósito de projeção internacional e projeção brasileira com a África, em especial com os países da CPLP. Ademais, percebeu-se ainda que os diversos projetos de cooperação estão ligados com a Saúde Global e que alguns, como o de capacitação profissional, tentam reverter suas deficiências.

Nem todos os projetos aqui expostos relacionam-se diretamente com a questão do HIV/Aids, mas estabeleceu-se necessário mostrar o panorama dos projetos de cooperação implementados pela Diplomacia Brasileira em Saúde Global, expondo, sem dúvida, seus atores mais engajados, como a Fiocruz, a ABC e a AISA. A análise dos projetos de cooperação coordenados pelo Brasil não exclui a relevância que os outros atores em Saúde Global, brevemente ilustrados no Capítulo 2, exercem sobre Moçambique. A luta pelo combate ao HIV/Aids é conjunta e não isolada. É importante ressaltar que as diretrizes implementadas pelo Brasil que se vinculam com o HIV/Aids estão sendo influenciadas por diretrizes globais de combate ao HIV/Aids, através da UNAIDS, além dos ODS que orientam os países em suas políticas. Menciona-se ainda que a experiência interna, sobretudo políticas de combate ao HIV/Aids, mostrou-se relevante para o engajamento nesses projetos de cooperação.

3.3 SOCIEDADE MOÇAMBICANA DE MEDICAMENTOS

A proposta de montar uma fábrica de medicamentos antirretrovirais, com transferência de tecnologia brasileira, dos medicamentos que o Brasil fabricava, e capacitação para o combate ao HIV/Aids surgiu durante a primeira visita do ex-presidente Lula a Moçambique (LOPES e MILANI, 2014).

O projeto esteve encarregado, inicialmente, pelo Ministério da Saúde e depois foi direcionado à execução da Fiocruz. É importante estabelecer, mais uma vez, a intrínseca relação que esse projeto possui com o engajamento da Política Externa Brasileira com os países da CPLP. Destarte, “o projeto de construção da fábrica passou a integrar uma ação mais ampla de cooperação em saúde do Brasil com a CPLP, determinado no Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS), assinado em Lisboa em 2009” (LOPES e MILANI, 2014, p. 69).

Outro fundamento interessante para a aplicação desse projeto era que o Brasil possuía credenciais reconhecidas internacionalmente para implementar um projeto dessa natureza e nesse setor, uma vez que acumulava experiência no tratamento de soropositivos. Essa experiência, é descrita por Lopes e Milani (2014) como “os processos de empacotamento e distribuição de medicamentos, a construção de marcos regulatório em matéria de vigilância sanitária e, aspecto internacional importante, o programa brasileiro de combate contra o vírus HIV/Aids que foi considerado referência pela ONU” (LOPES e MILANI, 2014, p. 69). Além disso, “o engajamento internacional do país foi acompanhado por manifestações de organizações internacionais da sociedade civil – como a Oxfam e a Médicos Sem Fronteiras -, que apoiavam a posição brasileira de viabilização do acesso aos medicamentos antirretrovirais” (FEDATTO, 2017, p. 2298).²⁰ Considerou-se, por fim, que a luta contra a epidemia de Aids no Brasil é um sucesso devido às quedas 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 (FEDATTO, 2017).

Destaca-se ainda que 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”. A Política Externa em Saúde concerne “o acesso a medicamento essenciais como uma questão de direitos humanos e, amparado neste entendimento, credenciou-se para instalar uma Fábrica de Medicamentos Antirretrovirais em Moçambique” (FEDATTO, 2017, p. 2298).

É fundamental persistir que a cooperação brasileira, em contraste com a ajuda internacional, propõe-se mais participativa e voltada para a demanda, orientada pelo princípio da solidariedade e da não indiferença. Não se descarta, em nenhum momento, que haja

²⁰ Acerca da resposta brasileira à epidemia da Aids, destaca-se a 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 (FEDATTO, 2017, p. 2301). Anterior à lei, observou-se a criação do Programa Nacional de DST/Aids, criado em 1986, 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, tendo esse direito sido reconhecido no art. 196 da Constituição Federal de 1988, servindo de base para a construção do SUS, em 1990, cujo fundamento basilar é o acesso universal, equitativo e integral a serviços de saúde (FEDATTO, 2017, p. 2301). Por fim, ressalta-se que o Programa Nacional de DST/Aids tem como objetivos formular e fomentar políticas públicas visado conter a transmissão do HIV, bem como promover a saúde de pessoas convivendo com a Aids, nesse sentido, desenvolve-se 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 (FEDATTO, 2017, p. 2301).

interesses econômicos brasileiros nos países receptores, porém, destaca-se que há ausência de condicionalidades, sobretudo de ordem macroeconômica, e no conteúdo dessa cooperação (FEDATTO, 2017, p. 2300). Entretanto, “apesar de sem condicionalidades, a cooperação brasileira orienta-se por perspectivas auto interessadas, em que calculam custos benefícios nas suas ações, além de ser um meio de se atingir maior bem-estar econômico e poder político” (FEDATTO, 2013, p. 102).

Logo 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 a Cooperação Científica e Tecnológica na Área de Saúde” (FEDATTO, 2017). Dentro os objetivos estabelecidos nesse protocolo, ilustram-se alguns pontos, como:

- (a) garantir o fornecimento de antirretrovirais 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 farmacêuticas; (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 (FEDATTO, 2017, p. 2301).

A fábrica ficou amplamente conhecida como “a fábrica de antirretrovirais brasileira” por causa de seu foco inicial no apoio à luta nacional contra a Aids, “posteriormente percebe-se a complexidade da produção de antirretrovirais com poucos recursos, a empresa foi registrada oficialmente como Sociedade Moçambicana de Medicamentos” (FEDATTO, 2017, p. 2302).

Estipulou-se que para a construção da fábrica, ao Brasil caberia a doação de todos os equipamentos – um valor estimado em US\$ 5 milhões – além de toda a documentação necessária para a fabricação e o controle de qualidade dos produtos a serem fabricados, enquanto caberia à Moçambique a responsabilidade com a obra de instalação dessa fábrica, estimado em US\$ 5,4 milhões (FEDATTO, 2013, p. 103). Sobre a coordenação desse projeto, pelo Brasil é realizada pela ABC em parceria com a AISA e por Moçambique por meio do Ministério dos Negócios Estrangeiros e Cooperação e do Secretário Permanente e Direção de Planificação e Cooperação do Ministério da Saúde. Cabe a Fiocruz em parceria com os Ministérios da Saúde do Brasil e de Moçambique a execução do projeto (FEDATTO, 2013).

Através do estudo de viabilidade do Ministério da Saúde e da Fiocruz estimou-se que a fábrica teria capacidade de produção de 120 milhões de comprimidos e cápsulas e 6 milhões de frascos com solução pediátrica. Com isso, a capacidade produtiva da fábrica cobriria cerca de

163.400 pacientes adultos, com comprimidos ou cápsulas, e 8.600 crianças, com solução líquida. A expectativa da fábrica era para “a produção de outros medicamentos, além dos antirretrovirais, para tratar de um maior número de doentes a preços menores, contribuindo para a geração de empregos e o desenvolvimento científico e tecnológico” (LOPES e MILANI, 2014, p. 70).

Os fatos concretos se distanciaram das projeções esperadas, como apontam as entrevistas realizadas por Lopes (2014), um dos entrevistados afirmou que “os pontos²¹ que não ocorreram como previstos dificultaram o cumprimento do cronograma e a entrega final da fábrica”. Foi identificado que “do lado brasileiro, parecia haver a expectativa de que houvesse menos diferenças, o que revela, em certa medida, desconhecimento de Moçambique e da realidade de seu desenvolvimento”. Dessa forma, outra lição foi aprendida, pois “o simples fato de pertencer a uma comunidade de sentido histórico construído²² pode ser um elemento facilitar, porém que não elude distintas formas de inserção internacional e de trajetória do desenvolvimento (LOPES e MILANI, 2014, p. 71).

O governo brasileiros e os responsáveis da Fiocruz, com base nas diretrizes que fundamentam a cooperação internacional, “tentaram fazer o governo moçambicano enxergar a fábrica como um elo estruturante do sistema nacional de saúde, ou seja, buscaram construir a convicção em torno da necessidade de manter a Sociedade Moçambicana de Medicamentos no seio do sistema de saúde” (LOPES e MILANI, 2014, p. 72). Essa é uma questão implícita, pois haveria repercussões que o governo moçambicano privatizasse a fábrica, uma vez concluído o projeto, já que “o governo moçambicano decidiu incumbir o Instituto de Gestão de Empresas e Participação do Estado (IGEPE)²³ a administração da fábrica, embora coubesse ao Ministério da Saúde Moçambicano (MISAU) tutelar o empreendimento e ter a responsabilidade patrimonial sobre os equipamentos”. Um dos entrevistados por Lopes (2014) informou que “a soberania nacional sempre fala mais alto como princípio normativo dos projetos de Cooperação Sul-Sul do Brasil, o que significa que, na prática, o governo moçambicano poderia fazer o que

²¹ Enumerou-se como obstáculos: “a administração dos posicionamentos e interesses de múltiplos atores, o fato dos dois países terem culturas organizacionais distintas, os problemas administrativos e burocráticos e a ausência de especialistas em Moçambique para trabalhar na fábrica” (LOPES e MILANI, 2014, p. 70-71).

²² É ilustrado esse elemento pelas justificativas dos países falarem a mesma língua oficial e terem compartilhado a experiência colonial (LOPES e MILANI, 2014).

²³ A partir daí, “começaram a surgir os boatos de que a fábrica poderia ser vendida e privatizada, uma vez que o IGEPE tem gerenciado projetos de parcerias público-privadas em Moçambique” (LOPES e MILANI, 2014, p. 72).

decidir com a fábrica e os equipamentos” (LOPES e MILANI, 2014, p. 71-72). Outra reviravolta teve lugar nesse projeto, já que “foi concebido com uma função social de fornecer medicamentos à sociedade moçambicana, com preços menores e sem quebras de estoque”²⁴ (LOPES e MILANI, 2014, p. 72).

As obras iniciaram em abril de 2011²⁵, visto que em dezembro de 2010, no último mês do segundo mandato, o Presidente Lula visitou Moçambique para reiterar o compromisso brasileiro com a conclusão do projeto, o que teria motivado as partes a agilizar os entendimentos (LOPES, 2014). O governo brasileiro fez doações de máquinas para auxiliar no início das obras, além de ter enviado uma equipe que seria responsável para dar assessoria sobre padrões internacionais de certificação (COOPERAÇÃO SAÚDE nº4, 2011 *apud* LOPES & MILANI, 2014).

Por fim, em 2012, depois de inúmeras reviravoltas no projeto, com o apoio da Vale e supervisão da equipe técnica da Fiocruz, foi concluída a construção da fábrica²⁶ (LOPES e MILANI, 2014). Parte desse atraso é compreendido pelos desafios de fazer com que o governo do país produzisse respostas rápidas e de qualidade às questões formuladas pelos agentes brasileiros e da dependência do governo brasileiro, em relação à Moçambique, para contratar pessoal, a fim de poder capacitá-los, o que nem sempre foi feito, ou foi realizado com atraso (LOPES, 2014). Foi um processo árduo, “pois paralelo à inauguração, já tinham chegado os

²⁴ É interessante ressaltar que não ficou claro se e como “os termos do projeto antecipavam o problema, se haveria alguma obrigação, para o governo moçambicano, de que os equipamentos doados por período de tempo específico não poderiam ser vendidos caso ocorresse privatização da fábrica. Este é um aspecto importante em termos de aprendizado para o governo brasileiro” (LOPES e MILANI, 2014, p. 72).

²⁵ A instalação da fábrica é muito mais complexa do que o exposto no trabalho, visto que o objetivo, nesse subcapítulo é entender a fábrica como um elemento da política externa brasileira e não a fábrica *per se*, porém, ressaltam-se alguns tópicos importantes sobre esse processo de instalação: (a) a decisão tomada pelo governo de Moçambique sobre a localização da fábrica não fora contemplada nos cenários propostos no estudo de viabilidade; (b) optou-se, por fim, a compra de uma antiga fábrica de soros, pertencentes a um Ministro de Estado e situada em Matola, cidade próxima a Maputo; (c) após a compra o governo moçambicano, de acordo com um dos entrevistados de Lopes (2014), afirmou não ter condições de custear as reformas da fábrica por não dispor dos US\$ 5,4 milhões requeridos no orçamento, gerando impasse na condução do projeto; (d) ocorreram casos cujas tensões foram difíceis de serem superadas, contribuindo para o atraso; (e) depois de muito desgaste e alguns conflitos, a solução teria vindo do então Presidente Lula, que obteve apoio da Vale do Rio Doce, que já explorava minério em Moçambique; (f) a Vale do Rio Doce fez doação de 75% dos custos das obras para inteirar a contrapartida do governo moçambicano; (g) somente a partir daí que se iniciaram os trabalhos para cumprir o acordo de cooperação: foi feito o *layout* da fábrica, definiu-se o projeto básico, depois o projeto executivo e, finalmente, o esboço do projeto de capacitação de técnicos moçambicanos na produção de medicamentos (LOPES e MILANI, 2014, p. 71).

²⁶ Acerca da inauguração da fábrica, é curioso perceber que se planejava inaugurá-la em julho de 2012, para que a inauguração coincidisse com a Cúpula da CPLP, contando com a então Presidenta Dilma Rousseff. Seria por questões óbvias de visibilidade e marketing político, durante todo esse período, a equipe brasileira pressionou o governo moçambicano para que a equipe fosse contratada (LOPES e MILANI, 2014).

insumos, as máquinas estavam validadas, mas a fábrica, porém, não tinha capacidade, nem pessoal capacitado e competente para monitorar a produção dos medicamentos” (LOPES e MILANI, 2014, p. 72).

Sem dúvida, todo o atraso ao longo do processo de instalação da fábrica prejudicou, em partes, os interesses da Diplomacia Brasileira em Saúde Global que buscava projeção internacional ao propor esse projeto, pois “eram ganhos simbólicos e políticos do Brasil” que estavam em pauta (LOPES e MILANI, 2014, p. 72). Complementa-se que “é importante não deixar de perceber que a cooperação brasileira possui grande relevância tática e estratégica para o país, que busca afirmar-se como um *global player* no cenário internacional e consolidar seu protagonismo no plano multilateral” (FEDATTO, 2013, p. 108).

Porém, dos resultados colhidos, “observou-se que institucionalmente, na perspectiva brasileira, a Fiocruz se destacou, da mesma forma que a liderança política do ex-presidente Lula” (LOPES e MILANI, 2014, p. 75). Ressalta-se ainda que “o que foi transferido pelo Brasil a Moçambique foram práticas e políticas de saúde consideradas bem sucedidas no campo do HIV/Aids, de acordo com as necessidades de adaptação dos métodos e procedimentos às realidades locais” (LOPES e MILANI, 2014, p. 75).

Entretanto, deve-se ressaltar que a Sociedade Moçambicana de Medicamentos não é uma resposta perfeita ao combate de HIV/Aids na região, pois, todavia, “a SMM não opera para o fim para o qual foi criada: a produção de retrovirais” (FEDATTO, 2017, p. 2303). A concretização da fábrica e seu funcionamento não significou o alcance completo dos objetivos do projeto original, entendido como “fato lamentável, por um lado, considerando que a Aids grassa a população do país, mas que por outro lado tem possibilitado ao governo o fornecimento para doenças crônicas” (FEDATTO, 2017, p. 2303). O argumento utilizado “é a complexidade dos antirretrovirais” que de acordo com a autora “não deve servir como pretexto para o não cumprimento da proposta original” (FEDATTO, 2017, p. 2303). O “desvio” da função primordial da SMM “conduz à necessidade de levar em consideração a realidade local, sua história, sua cultura, antes de ‘impor’ qualquer projeto de cooperação” (FEDATTO, 2017, p. 2303).

Os medicamentos produzidos pela SMM, de acordo com seu próprio site, são: amoxicilina, captorpil, lamivudina, nevirapina, haloperidol, propranolol, glibenclamida e hidroclorotiazida (Sociedade Moçambicana de Medicamentos, 2018). A relação entre os medicamentos produzidos pela fábrica e sua finalidade é observável no Quadro 11:

Quadro 11 – Relação medicamento produzido pela SMM e seu tratamento.

Medicamentos Produzidos Pela SMM	Tratamento
Amoxicilina	Este medicamento é um antibiótico de amplo espectro indicado para o tratamento de infecções bacterianas causadas por germes sensíveis à ação da amoxicilina.
Captopril	É indicado para o tratamento de hipertensão, insuficiência cardíaca, infarto do miocárdio e nefropatia diabética.
Lamivudina	É indicado para o tratamento da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), em adultos e crianças, em associação com outros agentes antirretrovirais.
Nevirapina	É indicado no tratamento de pacientes infectados pelo vírus HIV-1, sempre em associação com outros agentes antirretrovirais, além de ser indicado também na prevenção de transmissão do vírus HIV-1 da mãe para o filho durante o parto.
Haloperidol	O haloperidol é indicado para o alívio de transtornos do pensamento, de afeto e do comportamento como: acreditar em ideias que não correspondem à realidade (delírios); desconfiança não usual; alucinações; agitação psicomotora. Além disso, é indicado para tratar movimentos incontrolados como: tiques; soluções; náusea e vômito.
Propranolol	É indicado no tratamento da hipertensão, além de outras aplicações como arritmias cardíacas, pacientes com angina pectoris, enxaqueca comum, entre outros.
Glibenclamida	É indicado no tratamento oral do diabetes melito não insulínico dependente (Tipo II ou diabetes do adulto).
Hidroclorotiazida	É destinado ao tratamento da hipertensão arterial, quer isoladamente ou em associação com outros fármacos anti-hipertensivos. Pode ser ainda utilizado no tratamento dos edemas associados com insuficiência cardíaca congestiva, cirrose hepática e com a terapia por corticosteroides ou estrógenos. Também é eficaz no edema relacionado a várias formas de disfunção renal, como síndrome nefrótica, glomerulonefrite aguda e insuficiência renal crônica.

Elaboração própria. Fonte dos dados: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Fundação Instituto Oswaldo Cruz e Medicinanet Informações de Medicina S/A²⁷.

Um dos antirretrovirais produzidos em Moçambique, cuja tecnologia de produção foi transmitida pelo Brasil, é a “nevirapina” que começou a ser produzida no Brasil, pela Fiocruz, em 2001 (ROSSI, 2017). Alguns dados, transmitido por jornais eletrônicos, informam que apenas 1% das pessoas tratadas no Brasil usam “nevirapina” e que há muitas desvantagens no uso dessa medicação pois “estão efeitos tóxicos no fígado e há a necessidade de tomar

²⁷ Os dados do Quadro 11 foram extraídos dos endereços abaixo, consultados em 03/09/2018:

http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=2579622015&pIdAnexo=2530601
http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=15261652016&pIdAnexo=3294050
http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=21116812016&pIdAnexo=3761589
<http://www2.fiocruz.br/farmanguinhos/images/Nevirapina.pdf>
http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=6147552014&pIdAnexo=2140483
<http://www.medicinanet.com.br/bula/4322/propranolol.htm>
<http://www.medicinanet.com.br/bula/135/glibenclamida.htm>
http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=18087392016&pIdAnexo=3517333

comprimidos duas vezes por dia, na maioria das vezes combinados com outra medicação, o que dificulta a adesão do paciente ao tratamento” (ROSSI, 2017). O que aconteceu é que, “no momento em que foi acordada a transferência de tecnologia de produção de antirretrovirais, o portfólio que o Brasil tinha para transferir se ajustava às necessidades de Moçambique. Todavia, a partir de certo momento, Moçambique passou a adotar outra linha de tratamento” (ROSSI, 2017). Argumenta-se que “a fábrica demorou tanto tempo para ficar pronta que o período da sua criação coincide com o início e o fim do ciclo da ‘nevirapina’ no Brasil” (ROSSI, 2017).

O principal medicamento utilizado em Moçambique, e também muito utilizado no Brasil, é uma droga tripla, ou seja, um único comprimido diário com três componentes, sendo o principal deles o Efavirenz, produzido em grande medida, pela Mylan (ROSSI, 2017).

Por fim, revela-se “aparente os desafios que a Sociedade Moçambicana de Medicamentos irá enfrentar (e que vem enfrentando desde o início do acordo de cooperação) (LOPES e MILANI, 2014, p. 2330). Dentre esses desafios, ilustra-se “a ausência no país tanto da indústria farmacêutica quanto de um sistema de ensino superior com qualidade e relevância da formação ministrada, vem dificultando a contratação de mão de obra local especializada e experiente” (LOPES e MILANI, 2014, p. 2303). Além disso, 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” (LOPES e MILANI, 2014, p. 2303).

Os desafios ilustrados que estão face à cooperação estruturante, à Sociedade Moçambicana de Medicamentos e à Diplomacia em Saúde Global são constantes ao processo de cooperação internacional entre Brasil e Moçambique. Os fatos que contribuem, de certa medida, para diminuir os problemas estruturantes em Saúde Global não foram totalmente eficazes, pois consta ainda, como observado, falta de força de trabalho em Saúde Global para atuar na Fábrica e, em partes, no sistema de saúde moçambicano, fato comum compartilhado pela região. A produção de antirretrovirais, como observado, não é o ponto alto da fábrica, pois a nevirapina é substituível por uma dose tripla, sendo um dos elementos o Efavirenz. Essa substituição é vista como benéfica às pessoas que são tratadas por antirretrovirais, pois a nevirapina apresenta diversos efeitos colaterais (ROSSI, 2017), mais prejudicial a longo prazo. Entretanto, por não possuir licença compulsória para a produção desse novo componente, Brasil e Moçambique dependem do mercado internacional e de seus atores para suprir as necessidades das pessoas vivendo com HIV, proporcionando tratamento contínuo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde nas Relações Internacionais se tornou um tema complexo, como pode ser observado ao longo desse trabalho. O Estado deixou de ser o principal ator, junto a seus higienistas que discutiam prevenções de epidemias internas e algumas pandemias. Percebe-se que a gama de atores, ilustrados aqui como as Organizações Internacionais, Organizações Não Governamentais, Agências de Cooperação – representação, em grande medida, pela atuação do Estado – Organizações privadas, a exemplo das fundações filantrópicas, Fundos Globais com foco em doenças específicas, como a malária, HIV/Aids e tuberculose, além de outros atores da Sociedade Civil, é muito mais abrangente do que as primeiras conferências sanitárias internacionais.

O que se buscou ilustrar nessa pesquisa foi: “como a Política Externa Brasileira age em relação ao HIV/Aids pela via da Cooperação com Moçambique dentro de um contexto de Saúde Global?”. As hipóteses, a princípio, que viriam com o trabalho se basearam em alguns elementos importantes como a projeção internacional brasileira através dos projetos de cooperação e a consolidação de um tratamento efetivo de antirretrovirais para Moçambique, de modo a estruturar o sistema de saúde moçambicano através dos projetos de cooperação. Ao que se constatou durante o estudo, a projeção internacional brasileira com o continente africano, principalmente no que tange a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa, é presente e eficaz. A quantidade de projetos de cooperação com esses países é vasta e o Brasil exerce, dessa forma, influência nesses países. Com Moçambique, onde o estudo ganhou mais escopo, percebeu-se que os interesses brasileiros da política externa em saúde, pautada sobretudo através de acordos de cooperação, eram estruturantes. Visavam-se acordos que fortalecessem o sistema de saúde moçambicano e a Diplomacia em Saúde Global foi direcionada a isso, tendo a Fiocruz e a ABC como importantes atores brasileiros envolvidos nesse processo, inclusive a inauguração de um escritório representativo da Fiocruz em Moçambique.

A Política Externa Brasileira em Saúde foi percebida através da projeção dos projetos de cooperação estruturante internacional e pautou-se, principalmente, na horizontalidade das ações, fortalecendo o escopo Sul-Sul das relações entre Brasil e Moçambique. Esses projetos contribuíram com a Saúde Global e até ousou-se construir uma fábrica de medicamentos em Moçambique, constatando a confiança que a Política Externa Brasileira possuía naquele período. Dessa forma, surge a Sociedade Moçambicana de Medicamentos responsável, com esse objetivo primordial, pela produção de antirretrovirais para a região e de distribuição

gratuita. Entretanto, notou-se que, distante da verdadeira esperança brasileira, a fábrica não funcionou como se esperava. A produção de antirretrovirais é real, mas os antirretrovirais que se produzem não são mais tão importantes para o tratamento, percebido isso após o surgimento da dose tripla em Moçambique, cuja produção não é nacional.

Os anseios pela projeção internacional, ou de seu fortalecimento, e os diversos projetos implementados de cooperação internacional para reforçar esse objetivo foram reais e o fato de a fábrica não contribuir, em maior participação, com o tratamento antirretroviral não deve anular todos os esforços da Diplomacia em Saúde Global executada pelo Brasil.

Acerca das perspectivas teóricas utilizadas, buscou-se um caminho para além das explicações tradicionais das teorias de Relações Internacionais, adentrando-se em temas mais voltados à discussão da saúde, como a Saúde Global, a Diplomacia em Saúde Global, além da busca do tema Saúde nas discussões teóricas sobre Política Externa e Cooperação Internacional. O grande panorama, aonde se introduz o tema dessa pesquisa, é a Saúde Global. Dentro dessa perspectiva de Saúde na seara internacional, percebeu-se que as ações da Diplomacia em Saúde Global guiada pela Política Externa e executada pela Cooperação Internacional, fruto final de processos anteriores.

O que se deu, a princípio, foi o estudo do HIV/Aids, pandemia relevante que concerne aos Estados e à Sociedade Civil, em um contexto específico: a República de Moçambique. Esse Estado apresentou, como esperado, problemas comuns aos Estados periféricos, ou seja, notou-se uma série de problemas estruturais que dificultavam o atendimento às pessoas soropositivas como a falta de infraestrutura necessária. A reestruturação do sistema de saúde moçambicano foi um dos objetivos da Política Externa Brasileira em Saúde Global, através de projetos de cooperação, como a Sociedade Moçambicana de Medicamentos.

Tratou-se de uma abordagem teórica não muito utilizada nas Relações Internacionais, pois a Saúde é, de certa forma, negligenciada ou vista sob a perspectiva exclusiva da Segurança Internacional. Embora aspectos chaves, como a Diplomacia e a Política Externa, sejam presentes e comuns nas Relações Internacionais. As diversas abordagens teóricas utilizadas foram importantes e relevantes para a estruturação desse trabalho e serviram de base para toda a sua construção. Ressalta-se ainda que as Teorias são lentes pelas quais se pode interpretar objetos específicos. Optou-se interpretar a fábrica de antirretrovirais através de sua contribuição para a Saúde Global, além de todas as teorias que colaboraram para essa interpretação. Entretanto, é ainda árduo conseguir informações precisas sobre a atual situação da Sociedade Moçambicana de Medicamentos, optando-se, dessa forma, pela complementação informativa

através da mídia, em especial jornais eletrônicos. A maior parte da bibliografia tratada sobre esse tema encerra suas conclusões quando a Sociedade Moçambicana de Medicamentos é algo a ser alcançado, não tratando de todas as questões atuais que são impostas, como o fato de não produzir antirretrovirais mais pertinentes à saúde das pessoas com HIV, produzindo ainda nevirapina e lamivudina. Porém, sabe-se que a intenção, *a priori*, era compartilhar a tecnologia desses antirretrovirais, a exemplo da nevirapina, pois eram os antirretrovirais utilizados naquela época. Tornaram-se obsoletos, talvez pelos efeitos colaterais apresentados a longo prazo, e substituídos por antirretrovirais cuja produção não é local, pois as redes da Saúde Global apresentam atores globais que se relacionam.

Por fim, percebeu-se que as ações da Política Externa Brasileira em relação à saúde são, de certa forma, exteriorizadas através dos projetos de cooperação com outros países, nesse caso específico com Moçambique. Não se nega, de modo algum, que os projetos de cooperação com Moçambique, embora não ocorram completamente como planejados, sejam insignificantes para a Saúde Global. São projetos que contribuem com a Saúde Global, pois visam reverter seus problemas apresentados, como a falta da força de trabalho, o tratamento de doenças infecciosas, nesse caso o HIV/Aids e a produção de conhecimento acerca da Saúde, por exemplo.

A Diplomacia em Saúde Global é a diplomacia tradicional focada na Saúde Global, ou seja, tem como prioridade a Saúde de todos, incluindo a saúde do planeta. Essa diplomacia, por outro lado, ainda enfrenta diversos entraves que a impedem de construir uma “Saúde” eficaz para toda a população. Esses entraves são conhecidos também por interesses divergentes, que se afastam do objetivo da Saúde Global e pautam-se, principalmente, nos interesses nacionais e de seus atores nacionais.

A cooperação entre a República Federativa do Brasil e a República de Moçambique mostrou-se disposta a contribuir com a Saúde Global e seus desafios e falhas serão entendidos como experiência para os dois países e para os atores envolvidos nesse longo processo. Ou espera-se que seja aprendido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, C. Saúde, Política Externa e Cooperação Sul-Sul. In: BUSS, P. M.; TOBAR, S. **Diplomacia em Saúde e Saúde Global, perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

ANVISA. Haloperidol – União Química Farmacêutica Nacional S/A. Acesso em 03/09/2018, disponível em:
<http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=6147552014&pIdAnexo=2140483>

ANVISA. Didroclorotiazida SEM S/A. Acesso em 03/09/2018, disponível em:
<http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=18087392016&pIdAnexo=3517333>

ANVISA. Prati-donaduzzi, Amoxicilina. Acesso em 03/09/2018, disponível em:
<http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=2579622015&pIdAnexo=2530601>.

ANVISA. Captopril, EMS S/A, comprimido 12,5 mg / 25mg / 50 mg. Acesso em 03/09/2018, disponível em: <
http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=15261652016&pIdAnexo=3294050>

ANVISA. Lamivudina – Cristália: Produtos Químicos Farmacêuticos LTDA. Acesso em 03/09/2018, disponível em:
<http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=21116812016&pIdAnexo=3761589>

BARRETO, M. L. Saúde Global, grandes desafios contemporâneos: dinâmica populacional, determinantes, riscos e condições de saúde. In: BUSS, P. M.; TOBAR, S. **Diplomacia em Saúde e Saúde Global, perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

BEDOYA, C. G. **Política Exterior Peruana: Teoría y Práctica**. Lima: Fundación Academia Diplomática del Perú, 2013.

BOBBIO, N. **Dicionário de política**. Brasília: Universidade de Brasília, v. I, 1998.

BONANNO, L. P.; VASCONCELLOS, M. D. P. Transcendendo Fronteiras e Criando Notícias: A Agência de Notícias da Sida em Moçambique. **Saúde & Transformação Social**, 2014. 73-80.

BRASIL. Ministério da Saúde, Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde. República de Moçambique. Acesso em 04/06/2018, disponível em:
<http://portalms.saude.gov.br/assessoria-internacional/relacoes-bilaterais/mocambique>

BURCHILL, S.; LINKLATER, A. **Theories of International Relations**. Londres: Macmillan Press, 1996.

BUSS, P. M. et al. Governança Global e Regional e a Saúde. In: BUSS, P. M.; TOBAR, S. **Diplomacia em Saúde e Saúde Global, perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

BUSS, P. M.; GALVÃO, L. A.; BUSS, D. F. Saúde na Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável: política central para a governança global. In: BUSS, P. M.; TOBAR, S. **Diplomacia em Saúde e Saúde Global, perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

CASSIER, M.; CORREA, M. Propriedade intelectual e saúde pública: a cópia de medicamentos contra HIV/Aids realizada por laboratórios farmacêuticos brasileiros públicos e privados. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde (RECIIS)**, jan. - jun. 2007. 83-91.

COITIÑO, A.; KLEIMAN, A.; TOBAR, S. Os Ministérios da Saúde e o Desenvolvimento da Diplomacia da Saúde. In: BUSS, P. M.; TOBAR, S. **Diplomacia em Saúde e Saúde Global, perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

CUMAQUELA, F. P. M. Adesão a terapêutica anti-retroviral (TARV): Experiência dos Serviços Farmacêuticos do Hospital Central de Maputo. **Universidade Eduardo Mondlane - Faculdade de Medicina - Mestrado em Saúde Pública**, 2011.

DONNELLY, J. Realism. In: BURCHILL, S., et al. **Theories of International Relations**. Londres: Macmillan Press, 1996.

FEDATTO, M. D. S. **A Fiocruz e a Cooperação para a África no Governo Lula**. Brasília: UnB, 2013.

FEDATTO, M. D. S. Epidemia da AIDS e a Sociedade Moçambicana de Medicamentos: análise da cooperação brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2017. 2295-2304.

FERREIRA, J. R. et al. A experiência da Fundação Oswaldo Cruz em relações internacionais para o desenvolvimento da ciência e tecnologia no campo da saúde. In: BUSS, P. M.; TOBAR, S. **Diplomacia em Saúde e Saúde Global, perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

FIDLER, D. P. Health as foreign policy: between principle and power. **Whitehead Journal of Diplomacy and International Relations**, VI, 2005.

FIOCRUZ. Farmanguinhos Nevirapina. Acesso em 03/09/2018, disponível em <<http://www2.far.fiocruz.br/farmanguinhos/images/Nevirapina.pdf>>.

FRANCO, A.; ROBLES, F. Integración: Un Marco Teórico. **Colombia internacional**, No. 30, 1995.

GIOVANELLA, L. Desafios Contemporâneos dos Sistemas de Saúde. In: BUSS, P. M.; TOBAR, S. **Diplomacia em Saúde e Saúde Global, perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

HERZ, M.; HOFFMAN, A. R. **Organizações Internacionais: história e práticas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

INCA. **Convenção-Quadro da OMS para Controle do Tabaco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/convencao_quadro/o_que_e>. Acesso em: 02 maio 2018.

KICKBUSCH, I. Desafios da Governança Global em Saúde: Estamos prontos? In: BUSS, P. M.; TOBAR, S. **Diplomacia em Saúde e Saúde Global, perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

LOPES, C. R. S. M. R. N. Cooperação Sul-Sul e Policy Transfer em Saúde Pública: análise das relações entre Brasil e Moçambique entre 2003 e 2012. **Carta Internacional**, jan. - jun. 2014. 59-78.

LOPES, R. N.; MILANI, C. R. S. Cooperação Sul-Sul e Policy Transfer em Saúde Pública: análise das relações entre Brasil e Moçambique entre 2003 e 2012. **Carta Internacional**, jan. - jun. 2014. 59-78.

LOVEIRA, Á. V. **Custos e Consequências do Tratamento e Prevenção do HIV/Sida em Moçambique. Uma Análise Sócio-económica no Período 2006-2020 (Uso do Modelo EPP e Spectrum)**. [S.l.]: [s.n.], 2006.

MARTINS, T. A. et al. Cenário Epidemiológico da Infecção pelo HIV e AIDS no Mundo. **Rev Fisioter S Fun**, jan-ju 2014. 4-7.

MEDICANET. Propranolol. Acesso em 03/09/2018, disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br/bula/4322/propranolol.htm>>

MEDICANET. Glibenclamida. Acesso em 03/09/2018, disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br/bula/135/glibenclamida.htm>>

MOTA, C. G.; LOPEZ, A. **História do Brasil: uma interpretação**. São Paulo: Editora 34, 2015.

MYLAN. Mylan a champion for Better Health, 2017.

MYLAN. Mylan a Champion in the fight against Infectious Disease, 2017.

NOGUEIRA, J. P.; MISSARI, N. **Teoria das relações internacionais: correntes e debates**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

PANISSET, U. Conceitos operacionais para diplomacia em saúde: promovendo desenvolvimento humano por meio da cooperação internacional. In: BUSS, P. M.; TOBAR, S. **Diplomacia em Saúde e Saúde Global, perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

POZ, M. R. D.; PORTELA, G. Z.; FEHN, A. C. Recursos humanos em saúde: crise global e cooperação internacional. In: BUSS, P. M.; TOBAR, S. **Diplomacia em Saúde e Saúde Global, perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

REZENDE, J. M. D. Epidemia, Endemia, Pandemia. Epidemiologia. **Revista de Patologia Tropical**, 27 (1) 153-155, 1998.

ROSENEAU, J. N. Governança, ordem e transformação na política mundial. In: ROSENEAU, J. N.; CZEMPIEL, E.-O. **Governança sem governo: ordem e transformação na política mundial**. São Paulo: Editora Universidade de Brasília, 2000.

ROSSI, A. Terra, 06 dezembro 2017. Disponível em: <<https://www.terra.com.br/noticias/mundo/em-vez-de-remedio-contra-aids-fabrica-financiada-pelo-brasil-em-mocambique-produzira-analgésico,615bfea24f5cff77cdbe847266d19922u8n95jon.html>>. Acesso em: 06 jun. 2018.

RUCKERT, A. et al. Diplomacia da saúde global: uma revisão crítica da literatura. In: BUSS, P. M.; TOBAR, S. **Diplomacia em Saúde e Saúde Global, perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

SARFATI, G. **Teorias de Relações Internacionais**. São Paulo: Saraiva, 2005.

SATO, E. Cooperação internacional: uma componente essencial das relações internacionais. **RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, 4, 2010.

SEQUEIRA, H. D. **As políticas de Saúde na Prevenção e Tratamento em Pacientes HIV/AIDS e a Cooperação do Brasil e Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP)**. Brasília: Universidade de Brasília (UnB), 2015.

SOCIEDADE Moçambicana de Medicamentos, 03 Setembro 2018. Disponível em: <<http://www.smm.co.mz/>>.

SOUSA, A. M. **A Epidemia pelo HIV/Aids e suas repercussões sobre a Saúde da população Moçambicana (1986 a 2003)**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP, 2007.

TOBAR, S. Governança da Saúde Global e Regional: OMS/OPAS. In: BUSS, P. M.; TOBAR, S. **Diplomacia em Saúde e Saúde Global**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

UNAIDS. **On the fast-track to end AIDS. UNAIDS 2016–2021 strategy**. Geneva: ONU, 2015.

UNAIDS. **Country Factsheets Mozambique**. [S.l.]: [s.n.], 2016.

UNICEF. **Situação Actual**. Maputo: UNICEF Mozambique, 2015. Disponível em: <<http://www.unicef.org.mz/nosso-trabalho/o-trabalho-do-unicef/hiv-sida/>>. Acesso em: 15 maio 2018.

UNITAID. **About us**. Acesso em 14/03/2018, disponível em: <<https://unitaid.eu/about-us/#en>>.