

O BRASIL NA COOPERAÇÃO SUL-SUL EM SAÚDE: O QUE MUDA NA PANDEMIA?

Briefing PET/TEPP do IRI (12/2020), *Vitória Caroline da Silva Maciel*

RESUMO

NUCLEO DE PESQUISA EM REFÚGIO & DESENVOLVIMENTO

O Núcleo de Pesquisa em Refúgio & Desenvolvimento (NPR&D) convergiu as linhas de pesquisa do Programa Tutorial de Ensino (PET) do Instituto de Relações Internacionais (IRI) da PUC-Rio.

Financiado pelo Ministério da Educação (PET) e pela PUC/Rio (TEPP), o Programa de Educação Tutorial do IRI foi criado para promover a formação em pesquisa. Tem como foco a atuação do Brasil na ampla área de desenvolvimento internacional, com especial atenção para a interseção entre políticas públicas e Relações Internacionais nos amplos campos de mobilidade, desenvolvimento e direitos humanos.

Os briefings são fruto do valioso apoio das bolsas PET e TEPP.

Mais informações em www.pet-iri.com.

Tel.: 3527-1557.

A ideia do briefing é a de tentar entender algumas nuances da Cooperação Sul-Sul (CSS) em saúde, ao longo do tempo, e trazer o panorama atual do Brasil e sua atuação na pandemia, argumentando que princípios da CSS como fortalecimento mútuo, horizontalidade, trocas de experiências, solidariedade, seriam benéficos para o Brasil aproveitar oportunidades de fortalecimento de sua liderança em saúde no Sul. Nesse sentido, o briefing (1) faz uma revisão histórica e documental da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (CID) e da CSS; (2) localiza a saúde na cooperação internacional e os principais marcos de internacionalização da saúde brasileira (3) traz o atual cenário de pandemia e o fato do Brasil não engajar tanto na aquisição das vacinas, contradizendo sua postura tradicional e perdendo oportunidade de liderança na arena internacional; (4) tenta pensar um panorama para o futuro da CSS de acordo com atualizações do compromisso com a agenda do Sul e de sua importância particular.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO

A cooperação internacional para o desenvolvimento (CID) é um conjunto de práticas e compreende um movimento da comunidade internacional em busca de desenvolvimento, sobretudo no período pós Segunda Guerra Mundial. A lógica da CID se desenvolve e abarca diferentes atores ao longo das décadas, e sua institucionalização acompanha a legitimação e o aprofundamento do próprio multilateralismo, com o reconhecimento e desdobramento de normas, princípios, discursos, práticas, agendas, comportamentos e atores específicos, próprios para a execução da cooperação (MILANI, 2014, p. 33).

A CID, em seus moldes institucionais, cristaliza uma lógica principal que demarca os fluxos da assistência oficial para o desenvolvimento (ODA, na sigla em inglês). Esses fluxos são

O PET do IRI/PUC-Rio foi estabelecido em 2013.



recursos públicos provenientes de Estados ou agências internacionais, que são transferidos dos países desenvolvidos para os países em desenvolvimento. A ideia concreta de assistência remonta de 1960, com a criação do Comitê de Assistência ao Desenvolvimento (o DAC, na sigla em inglês; na época DAG, ou Grupo de Assistência ao Desenvolvimento), que reúne um grupo de países doadores. A Resolução do Esforço de Ajuda Comum do DAC possui sua existência amparada no *OEEC Special Economic Committee*¹ e define os objetivos dos países desenvolvidos, que consiste em ajuda econômica, financeira e técnica para os países beneficiários (DAC in dates, 2006).

Assim, a cooperação Norte-Sul (CNS) é realizada de tal forma que surge um modo de atuação específico: divide o mundo entre países doadores e receptores, e pressupõe hierarquia entre os países doadores, do Norte e os países receptores, do Sul. Como nos conta Mello e Souza (2014, p. 12), nessa realidade econômica é importante estar atento ao novo arranjo conceitual que surge no contexto da cooperação: enquanto a Cooperação Norte-Sul utiliza o termo *assistência* para se referir aos fluxos e transferências de recursos, a Cooperação Sul-Sul (CSS), por outro lado, possui preferência por se ater ao termo *cooperação*, que demarca uma relação com benefícios para ambas as partes. Na cooperação, a CNS classifica os países enquanto *doadores e beneficiários*, já a CSS emprega a concepção de *parceria* para os países do Sul envolvidos.

1.1 A Cooperação Sul-Sul

A intenção do presente trabalho consiste em entender o Brasil no contexto imposto pela pandemia da COVID-19, uma vez lançada luz à atuação brasileira em saúde no passado. Portanto, entendamos primeiro a CSS e, em seguida, o papel do Brasil na CSS. O Escritório das Nações Unidas para a Cooperação Sul-Sul (UNOSSC, na sigla em inglês) define a CSS da seguinte maneira:

A Cooperação Sul-Sul é um amplo quadro de colaboração entre países do Sul nos domínios político, econômico, social, cultural, ambiental e técnico. Envolvendo dois ou mais países em desenvolvimento, pode ser bilateral, regional, intrarregional ou inter-regional. Os países em desenvolvimento compartilham conhecimento, habilidades, experiência e recursos para cumprir suas metas de desenvolvimento por meio de esforços conjuntos (UNOSSC, 2018, tradução nossa).

A Cooperação Sul-Sul se desenvolve simultaneamente e como complemento à CNS. Os primeiros ideais da CSS surgem na chamada Conferência de Bandung, de 1955, que reúne 24 países da Ásia e da África. A conferência é conhecida por espelhar preocupações e demandas dos países do Sul que estavam em processos de independência depois de décadas sob o controle dos países do Norte. Em Bandung, os países exprimem a necessidade de que a cooperação para o desenvolvimento econômico de seus respectivos países respeite seus princípios: autodeterminação, respeito à soberania e integridade territorial das nações, não-intervenção (BANDUNG, 1955).

Outro importante marco da CSS é o surgimento do G77, em 1964, no estabelecimento da Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento (UNCTAD, na sigla em inglês). O G77 compreende os países em desenvolvimento presentes na conferência, que assinalam juntos a criação da UNCTAD como um

¹ Comitê Econômico Especial da Organização para Cooperação Econômica Europeia.

passo importante para uma ordem econômica mundial mais justa (UNCTAD, 1964). Em 1974, temos a Declaração sobre o Estabelecimento de Nova Ordem Econômica Internacional, na Assembléia Geral das Nações Unidas, baseada em “equidade, igualdade soberana, interdependência, interesse comum e cooperação entre todos os Estados, independentemente de seus sistemas econômicos e sociais que devem corrigir as desigualdades e reparar as injustiças existentes...” (Nações Unidas, 1974, tradução nossa).

Um dos encontros mais definidores da CSS é o Plano de Ação de Buenos Aires (BAPA, na sigla em inglês), de 1978, que, reagindo a um cenário menos favorável devido ao primeiro Choque do Petróleo de 1974, recua em relação às pretensões da CSS e foca em definir um plano para o aprofundamento da cooperação técnica. O BAPA coloca em perspectiva a ideia de que os países em desenvolvimento (que constituem boa parte da comunidade internacional depois dos processos de independência) deveriam ir em busca de autonomia; então os objetivos das relações do Sul passam a ser *self-reliance* e *collective self-reliance*².

Ao longo das décadas seguintes foram realizadas conferências no marco da CID, que representaram passos importantes para os países em desenvolvimento. Destaque para a Declaração de Paris (2005), primeira vez que doadores e recipiendários concordam com *accountability*³ de ambas as partes. Princípios importantes acordados em Paris são: *ownership*⁴, alinhamento, harmonização, resultados e *mutual accountability*⁵. Em 2008, foi a vez da Agenda para Ação de Acra (AAA), que aprofunda a implementação dos objetivos acordados em Paris. Em 2011, temos o Quarto Fórum de Alto Nível sobre a Efetividade da Ajuda, em Busan, primeira declaração sobre a cooperação para o desenvolvimento a englobar doadores tradicionais, atores da CSS, BRICS⁶, sociedade civil, e financiadores privados (OCDE, 2019).

No campo da CID e principalmente entre os países em desenvolvimento, o BRICS emerge com um grande potencial de liderança na configuração de forças do sistema internacional. Reconhecidamente, os países membros do BRICS – Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul – possuem crescente relevância econômica, que data de várias décadas anteriores à primeira vez em que o acrônimo foi mencionado, em 2004. O que nos leva a entender sua atuação na CID, sobretudo a partir do século XXI, com destaque para Brasil, Índia e China. Dada a ampla atuação do BRICS⁷, é possível inferir que essas atuações representam um ponto de virada nas relações internacionais, em que os países do Norte perdem um espaço relativo frente à China, por exemplo, que emerge como potência (NAYYAR, 2016, p. 585).

Nesse sentido, é válido entender o papel do BRICS frente à CID nos últimos anos. Três acordos ganham destaque central nas discussões, uma vez que estabelecem novos paradigmas. Esses acordos são o Acordo do Clima, a assinatura da Agenda 2030 - no âmbito das Nações Unidas, que estabelece os Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável - e a Agenda de Ação de Adis Abeba (AAAA), todos de 2015. Esses são

² Autossuficiência e autossuficiência coletiva.

³ Responsabilidade, no sentido de prestação de contas.

⁴ Apropriação, propriedade ou posse.

⁵ Responsabilidade mútua.

⁶ O BRICS é um mecanismo de conversa e cooperação entre Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul, cinco países emergentes, que se alinham para a promoção do crescimento econômico e desenvolvimento; além de tratarem de temas como segurança, saúde, ciência e tecnologia, energia, comércio.

Ver mais em: <https://www.politize.com.br/brics-o-que-voce-precisa-saber/>

⁷ Podemos destacar aqui o chamado “Banco do BRICS”, o Novo Banco de Desenvolvimento, fundado em 2014, com sede em Xangai.

três momentos chave que demonstram o poder de barganha que possuem os BRICS frente à disputa do modelo de desenvolvimento formulado pelos países do Norte.

Nos debates anteriores a esses acordos, quatro vertentes ficam claras, em termos de responsabilidade sobre a ajuda ao desenvolvimento e ao tema do clima: (i) universalidade, defendida pelos países desenvolvidos; (ii) responsabilidades comuns, mas diferenciadas (CBDR, na sigla em inglês), defendido pela Índia, por exemplo, significa que aos países desenvolvidos recaem todas as responsabilidades, ao passo que aos países em desenvolvimento, responsabilidades mínimas; (iii) diferenciação concêntrica, adotada pelo Brasil, por exemplo, onde seria possível encontrar graus específicos de desenvolvimento e atribuir responsabilidades de acordo; (iv) autodiferenciação, posição defendida pela China, onde cada país profere o quanto pode contribuir. A autodiferenciação é adotada na Agenda 2030 e no Acordo do Clima (ESTEVEZ, 2020).

A seguir, veremos na Tabela 1 um apanhado dos princípios que norteiam a CSS, bem como conferências e declarações que indicam suas origens e menções:

Tabela 1: Matriz de Princípios da Cooperação Sul-Sul.

Conferências e Declarações	Princípios, legados e lideranças
Conferência de Bandung (1955)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 24 países da África e da Ásia; ❖ Soberania; ❖ Integridade territorial; ❖ Não intervenção e não interferência; ❖ Igualdade racial e equidade entre as nações; ❖ Interesses mútuos; ❖ Autodeterminação.
Conferência das Nações Unidas sobre comércio e Desenvolvimento (UNCTAD, 1964)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Declaração conjunta de 77 países subdesenvolvidos (G77); ❖ Interesse em comum; ❖ Sul como unidade; ❖ Solidariedade.
Declaração sobre o Estabelecimento de Nova Ordem Econômica Internacional (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1974)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Membros das Nações Unidas; ❖ Equidade; ❖ Igualdade soberana.
Plano de Ação de Buenos Aires (BAPA, 1978)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Delegações de 138 Estados; ❖ <i>Self-reliance</i>; ❖ <i>Collective self-reliance</i>; ❖ Troca de experiências, no âmbito da cooperação técnica; ❖ Solidariedade; ❖ Não condicionalidade; ❖ Harmonização.
Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento (Rio-92)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ CBDR (<i>common but differentiated responsibilities</i>⁸); ❖ Solidariedade.

⁸ Responsabilidades comuns, mas diferenciadas.

Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda ao Desenvolvimento (OCDE, 2005)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Representantes de países desenvolvidos e em desenvolvimento; ❖ <i>Ownership</i>; ❖ Alinhamento; ❖ Harmonização; ❖ Resultados (no sentido de não focar apenas nos objetivos e trabalhar para obter resultados duradouros); ❖ <i>Mutual accountability</i>.
Quarto Fórum de Alto Nível sobre Efetividade da Ajuda (Busan, 2011)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Países desenvolvidos e em desenvolvimento, instituições sociedade civil, setor privado; ❖ Reconhece assistência, bem como parceria; ❖ Transparência e <i>accountability</i>; ❖ <i>Ownership</i>; ❖ Objetivos comuns; ❖ Compromissos dos parceiros do Sul se dão em bases voluntárias.

O Brasil, particularmente, não possui aparato doméstico para engajar na assistência oficial para o desenvolvimento (ODA) financeiramente e não se encaixa, portanto, como contribuinte do fluxo oficial da CID. Mas o Brasil possui um longo histórico de cooperação técnica, principalmente com os países da América Latina e Caribe e os países africanos da CPLP (Comunidade dos Países de Língua Portuguesa), conseguindo, assim, exportar sua experiência doméstica e influência no Sul Global, como veremos a seguir com alguns marcos da cooperação brasileira em saúde.

2. A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE E O CASO DO BRASIL

No contexto da cooperação técnica estabelecida entre os países do Sul, um dos mais importantes temas em torno do qual se desenvolvem as atividades é o da saúde, central para o desdobramento das interações internacionais antes mesmo do aprofundamento da institucionalização da cooperação internacional. Temos, em 1902, a criação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) - derivada da Repartição Sanitária Internacional - que constitui a instituição internacional de saúde mais antiga. Ao longo de sua existência, a OPAS tem importante atuação na promoção de informações sobre saúde pública nos países das américas, bem como em vigilância sanitária de epidemias e pandemias, constituindo um importante órgão atuante na cooperação em saúde até os dias atuais. No período de institucionalização tratado anteriormente, mais precisamente em 1950, a OPAS foi integrada à Organização dos Estados Americanos (OEA), como Organização Especializada Interamericana, e foi acordada sua autonomia em relação à Organização Mundial da Saúde (NUNES, 2007, p 599).

Outro importante marco de referência da cooperação internacional em saúde é a Primeira Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada no Cazaquistão, em 1978, que deu origem à Declaração de Alma-Ata, assinada por 700 participantes. A Carta de Alma-Ata (1978) trata da necessidade de entender que a saúde deve ser objeto de preocupação de todos, e que não compreende apenas a falta de enfermidades e doenças, mas também significa bem-estar social. Esse movimento de promoção de saúde básica demarca como alvo os países em desenvolvimento, e clama que toda a comunidade internacional possa

ver saúde básica da população como indispensável no desenvolvimento econômico e social, fomentando a cooperação técnica.

Em 1986 temos a Carta de Ottawa, que reafirma a responsabilidade iniciada com a Carta de Alma-Ata, de Saúde Para Todos no Ano 2000, além de consolidar a lista de estratégias de promoção da saúde com equidade, para que todos tenham a capacidade de alcançar seu potencial completo na saúde. Seguindo a mesma linha, temos em 1991 a Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, na Suécia; a Conferência Mundial sobre o Meio Ambiente, no Rio de Janeiro, em 1992 - a Rio-92 - idealizando a ligação intrínseca entre a saúde e a preservação do meio-ambiente. Mais recentemente, em 2018, foi celebrado os 40 anos da Carta de Alma-Ata, com renovação do compromisso com a promoção da saúde básica, dessa vez com a Declaração de Astana, que assume comprometimento com a cobertura universal em saúde, e com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ABRASCO, 2018). Todas essas conferências têm como intenção principal localizar a saúde como elemento chave para que se alcance o desenvolvimento.

Tabela 2: Matriz de Princípios e Legados da Cooperação Internacional em Saúde.

Conferências e Declarações Sobre Cooperação Internacional em Saúde	Princípios e legados
Primeira Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde - Carta de Alma-Ata (1978)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Saúde como bem-estar físico, mental e social; ❖ Saúde como direito humano fundamental; ❖ Saúde para Todos no Ano 2000; ❖ Saúde básica como indicador para o desenvolvimento.
Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde nos Países Industrializados - Carta de Ottawa (1986)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pré-requisitos para saúde: abrigo, paz, educação, renda, alimentação, ecossistema estável, justiça social, equidade. ❖ Empoderamento; ❖ Capacitação das comunidades.
Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - Declaração de Sundsvall (Suécia, 1991)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Capacitação; ❖ Saúde para todos: equidade, ação pública, fortalecimento da ação social; ❖ Criação de ambientes favoráveis à saúde; ❖ Responsabilização pela prestação de contas (<i>accountability</i>).
Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento (Rio-92)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Direito à vida saudável, em harmonia com a natureza; ❖ Solidariedade.
A Conferência Global de Atenção Primária à Saúde - Declaração de Astana (40 anos da Alma-Ata)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cobertura universal de saúde; ❖ Sustentabilidade financeira, eficiência e resiliência de sistemas de saúde nacionais; ❖ Capacitação comunitária e <i>ownership</i>; ❖ Solidariedade; ❖ Não deixar ninguém para trás; ❖ Prestação de contas (<i>accountability</i>) dos setores públicos e privados; ❖ Respeito à soberania e direitos humanos.

2.1 O Caso Brasil na saúde

No campo da cooperação internacional, nos anos 1980/1990, os países em desenvolvimento passaram por uma onda de privatizações neoliberais, decorrente dos pacotes específicos dos programas de ajuste estrutural (SAP, na sigla em inglês). As condicionalidades impostas previam a privatização da saúde também. Nesse sentido, o Brasil não adere a essas demandas de privatização do sistema de saúde, representando uma experiência singular. No Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) - o único sistema de saúde pública universal do mundo que atende mais de 200 milhões de pessoas⁹ - e a saúde pública como direito constitucional se deram em muito pela defesa da saúde como direito cidadão, demandas do movimento sanitaria (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 16).

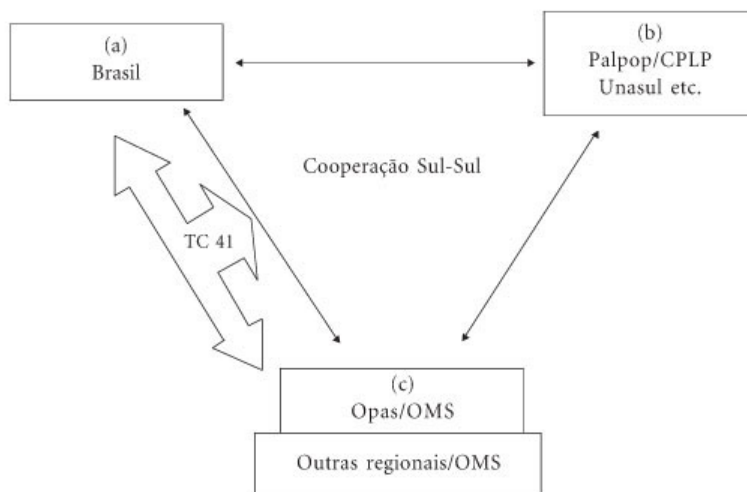
Foi o médico sanitaria e político Sérgio Arouca, então Secretário de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, que defendeu que a reforma brasileira em saúde ocorresse também no escopo internacional; essa iniciativa dá início ao Programa de Difusão e Intercâmbio sobre Reforma Sanitária de 2003, sob os auspícios do Ministério da Saúde e da representação da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde no Brasil (OPAS/OMS). Nesse sentido, “para a Representação da OPAS/OMS, tratava-se de mobilizar a cooperação técnica internacional de modo a promover reformas universalistas no setor da saúde, reafirmando a dimensão pública do direito à saúde, bem como estimulando laços de solidariedade e mecanismos para o intercâmbio de conhecimentos e experiências” (PIRES et al, 2012, p. 444).

Há uma priorização da pasta da saúde no âmbito da política externa brasileira nos primeiros anos do século XXI. Em 2005, temos a assinatura de um protocolo de intenções entre o Ministério da Saúde e o Ministério de Relações Exteriores, formalizando a proximidade entre as duas agendas (Ibid, 2012, p. 448). O Brasil, liderado pelo então ministro de Relações Exteriores, Celso Amorim, assina em 2007 a Declaração de Oslo ao lado de países como França, Tailândia, Indonésia, Senegal, África do Sul e Noruega. A citada declaração tem o objetivo de reiterar o compromisso com a saúde e destacar sua importância como questão de política externa, uma vez que pode comprometer a estabilidade e segurança de um país (Declaração Ministerial de Oslo, 2007).

Dentro do marco da Cooperação Sul-Sul, em 2006 foi assinado o Termo de Cooperação 41 (TC 41), de assistência técnica com o objetivo de melhorar a capacidade brasileira de cooperação em saúde. O TC 41 operou entre os anos de 2006-2016 e constitui um mecanismo importante de aprofundamento da parceria entre o Brasil, os países da América Latina e Caribe e os países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) no continente africano. Opera por meio de uma triangulação entre Brasil, OPAS/OMS, país parceiro do Sul, da seguinte forma:

⁹ Ver mais em: <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/noticias/9beecf4ad16d38b194a13624781a489e/>

Figura 1: TC 41: Cooperação sul-sul com triangulação da OPAS/OMS.



Fonte: Avaliação do Programa de Cooperação Internacional em Saúde. OPAS/OMS.

O TC 41 foi firmado com objetivos de possibilitar o intercâmbio de experiências, conhecimentos, tecnologias do Brasil para os países com quem firmou parceria. O TC 41 é, portanto, uma “ferramenta de entendimento e desenvolvimento entre países, com forte ênfase na expansão de sistemas públicos de saúde mais equitativos e universais” (OPAS/OMS, 2015). O termo opera em três frentes: (i) fortalecimento da capacidade nacional para CSS; (ii) mobilização de redes colaborativas nacionais para a CSS; (iii) apoio a projetos de CSS na área de desenvolvimento de recursos humanos em saúde. Um dos importantes atores que estiveram em todas as fases de implementação do TC 41 foi a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

A Fiocruz, agindo em parceria com outros órgãos brasileiros, atua com base no conceito de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”, formulado pelos pesquisadores da fundação com base na ideia de construção de capacidades para o desenvolvimento. A cooperação estruturante se baseia no contexto da CSS de cooperação horizontal e de formação de parcerias para atuação no campo, além de formação de profissionais para atuar no outro país, bem como fortalecimento institucional (ALMEIDA et al, 2010).

Com os países da CPLP foram desenvolvidos programas como o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS-CPLP), mecanismo abrangente para promoção de sinergias em saúde entre os países da CPLP, procurando reforçar os sistemas de saúde com base em determinantes sociais. O foco principal do programa foi em áreas prioritárias como redução da mortalidade infantil e materna, saúde reprodutiva, combate a doenças como a AIDS, malária e outras enfermidades infecciosas endêmicas (CERQUEIRA, SANTOS, 2015, p. 2).

O Brasil é um país do Sul Global com extensa experiência em cooperação em saúde, tendo um aprofundamento muito interessante nos primeiros anos do século XXI, como demonstrado anteriormente. Essa experiência, aparato tecnológico, profissionais e instituições competentes, além de memória coletiva, deveriam, ao menos, ditar os rumos de como o Brasil responderia à crise causada pela COVID-19. O Brasil, porém, se destaca como um dos países que lidaram com a crise de maneira mais defasada, tendo trocado três vezes de ministro da saúde e deixado consequentes respostas e medidas para serem tomadas em nível

municipal. A consequência dessas e de outras atitudes levou o país a ocupar por muito tempo o segundo lugar em número de infectados e de mortos (atualmente ocupa o terceiro, atrás dos Estados Unidos e da Índia). O que isso significa para o Brasil enquanto ator no sistema internacional? Quais as consequências dessa inação do país para a população brasileira? Que oportunidades o Brasil perde?

3. PERDA DE OPORTUNIDADES? A ATUAÇÃO BRASILEIRA DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

No dia 11 de março de 2020, a OMS declarou estado de pandemia com a propagação acelerada do coronavírus, uma doença infecciosa. Desde então, temos acompanhado uma “corrida da vacina”, em que diversos institutos de pesquisa pelo mundo, organizações internacionais e países investem na produção de uma vacina confiável. Dentre as vacinas mais eficazes, estão elencadas a da Universidade de Oxford com a farmacêutica AstraZeneca; a vacina russa Sputnik V do Instituto de Pesquisa Gamaleya, primeira a apresentar estudos garantidores de sua eficácia; a vacina da farmacêutica chinesa Sinovac Biotech, a CoronaVac; a vacina da Moderna, empresa de biotecnologia estadunidense e, enfim, a vacina produzida a partir dos esforços conjuntos das farmacêuticas Pfizer e BioNtech, respectivamente inglesa e alemã, sendo a primeira utilizada para vacinação em massa, na Inglaterra.

Em entrevista realizada para esse briefing, a pesquisadora da Fiocruz, Roberta de Freitas Campos, que trabalhou muitos anos com o TC 41 e com a União das Nações Sul-Americanas (UNASUL), fala sobre a atual conjuntura pandêmica e sobre como o Brasil perde oportunidades quando deixa de barganhar na arena internacional em relação à compra e realização de pesquisas da vacina da COVID-19. O país realiza um papel menos proativo, e mais de receptor, diferente do passado. Segundo Campos, “o Brasil poderia ser mais atuante, poderia ser distribuidor de vacina na América do Sul”. O Brasil é referência internacional em políticas de saúde pública com seu Programa Nacional de Imunização (PNI), que visa erradicar doenças imunopreveníveis através da vacinação em massa da população; além disso, o país tem uma notável capacidade de produção farmacêutica. Esses fatores deveriam dar ao Brasil alguma vantagem. O que mantém os brasileiros cada vez mais longe da imunização?

O Instituto Butantan e a Fiocruz estabeleceram parcerias para pesquisa, testes e consequente distribuição da vacina com a Universidade de Oxford e com a farmacêutica chinesa Sinovac Biotech. Vacinas essas em fase final de teste, que já chegaram ao Brasil e no futuro possivelmente poderão ser fabricadas no país pela Fiocruz com o Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos/Fiocruz)¹⁰. No dia 19 de novembro chegou à São Paulo 120 mil doses da vacina produzida pela Sinovac, decorrente de um acordo entre o estado de São Paulo e a farmacêutica e estima-se a compra de 6 milhões de doses, além de matéria prima para a produção de mais 46 milhões¹¹. Quantidade insuficiente para os mais de 211 milhões de cidadãos brasileiros.

¹⁰ Ver mais em: <https://agencia.fiocruz.br/com-eficacia-de-90-vacinas-produzidas-pela-fiocruz-poderao-beneficiar-30-mais- pessoas?fbclid=IwAR1fHkujzoaClwCHqj4h65f9tvF4EmMeRgaPPMjtwR377ZxHOL9qvg-zsPU>

¹¹ Ver mais em: <https://www.poder360.com.br/coronavirus/sp-anuncia-plano-de-vacinacao-nesta-2a-butantan-comeca-producao-da-coronavac/>

Por exemplo, em atitude controversa, o presidente da república divulga em suas redes sociais sua aversão à vacina chinesa, “por não ser comprovada cientificamente”, segundo suas palavras¹². A controvérsia está na politização e ideologização do tema, uma vez que o mesmo defende o uso da hidroxicloroquina, apesar da falta de evidências científicas que comprovem sua eficácia contra a COVID-19¹³. Esse tipo de atitude pouco diplomática pode ser danosa para futuros acordos entre a China e o Brasil para a compra da vacina, que pode salvar milhares de vidas brasileiras.

No âmbito da CSS, durante uma reunião informal entre os Ministro de Relações Exteriores dos países da CPLP em setembro, o ministro brasileiro, Ernesto Araújo, se mostrou aberto às possibilidades de cooperação a partir do Brasil com seus parceiros do continente africano para o enfrentamento da pandemia. O ministro, porém, manifesta a ideia de que no Brasil não há livre circulação de informações sobre o coronavírus e que a mídia ou organismos internacionais não podem decidir o que é verdade sobre o tema. Nesse sentido, o ministro deprecia a OMS e desaprova o impedimento do uso extenso da hidroxicloroquina no tratamento precoce de pacientes com coronavírus¹⁴, medicamento que, como discutido anteriormente, não possui eficácia científica comprovada. Na mesma linha, o presidente Jair Bolsonaro critica a OMS e defende a reforma da entidade internacional durante a última Reunião da Cúpula do BRICS (diferente dos representantes dos outros países, que elogiam as ações da OMS) que aconteceu em novembro. A OMS vem fazendo um trabalho consistente e sério na disseminação de informações sobre o coronavírus.

Diplomaticamente, os líderes brasileiros em posição de destaque fazem declarações polêmicas que podem ser custosas a alianças e acordos que poderiam ser estabelecidos, beneficiando a população brasileira com os maior número de vacinas, o mais rápido possível. O Ministério da Saúde, por exemplo, não apresenta ainda estratégias de vacinação em massa para o próximo ano, enquanto países europeus já têm data da chegada dos primeiros lotes de vacinação para suas respectivas populações¹⁵.

Além disso, em setembro, 99 países membros da Organização Mundial do Comércio (OMC) se posicionaram contra a patente de qualquer vacina ou tratamento para a COVID-19, numa tentativa de que a propriedade intelectual não seja um obstáculo que prive milhões de pessoas do acesso à vacina. O Brasil, contrariando o posicionamento tradicional do Itamaraty, foi o único país emergente a não estar entre os países solicitantes de suspensão da patente, permanecendo ao lado dos países do Norte Global, que abrigam a maior parte das farmacêuticas e que historicamente colocam preços extraordinários sobre seus medicamentos patenteados, excluindo países do Sul da obtenção. Como escreve Jorge Bermudez e Achel Prabhala (2020) sobre a necessidade da quebra de patentes nesse período: “Esse poder resultará em uma situação ultrajante: no meio de uma crise global de saúde, um punhado de empresas nos EUA e na Europa decidirá se devemos viver ou morrer”.

Atualmente, se configura um cenário cada vez mais desfavorável para o Brasil e outros países em desenvolvimento, e desumano para os países mais pobres do sistema internacional. Como esperado, os países do Norte, em maioria, já adquiriram vacina para COVID-19 suficiente para imunizar toda sua população e,

¹² Ver mais em: <https://twitter.com/jairbolsonaro/status/1318909799505985537>

¹³ Ver mais em: <https://twitter.com/uol/status/1264209470051233792>

¹⁴ Ver mais em: https://www.youtube.com/watch?v=km3ZN6Cr_Xc&t=675s

¹⁵ Ver mais em: <https://noticias.uol.com.br/colunas/thais-oyama/2020/11/28/como-os-paises-se-preparam-para-vacinar-a-populacao----e-o-caso-do-brasil.htm>

de fato, a vacinação em massa já está acontecendo desde o começo de dezembro. Estima-se que os países ricos do Norte possuem vacina para imunizar suas respectivas populações três vezes; enquanto isso, os 67 países mais pobres esperam vacinar apenas uma em cada dez pessoas¹⁶. No Brasil, uma resposta federal ainda é incerta, não há vacinas suficientes para todos os brasileiros, nem um plano de vacinação para os próximos meses a nível nacional.

O Brasil perde em não aproveitar oportunidades de negociar na arena internacional, e de mobilizar o Sul Global, como já fez um dia, colocando em prioridade princípios da Cooperação Sul-Sul, como solidariedade, horizontalidade, equidade, sem renunciar à integridade territorial e à soberania.

4. PERSPECTIVAS PARA O FUTURO

Pensar o futuro da Cooperação Sul-Sul em saúde exige o esforço de localizar o Brasil temporalmente, e entender que a conjuntura atual não é o todo. Historicamente, o país é referência como exportador de experiências, seguindo os princípios da CSS de parceria, solidariedade, compartilhamento de conhecimento, experiências e fortalecimento mútuo. É importante se ater aos princípios da CSS, uma vez que a resolução dos problemas do Sul dificilmente será encontrada em meio aos países desenvolvidos, que enfrentam questões diferentes. Quando perguntada sobre o futuro da CSS, Roberta de Freitas Campos nos lembra: “[A CSS] é uma cooperação que tem porquês. A gente volta lá nos países não-alinhados, porque os países ricos não definem o que é melhor para mim. Tem um histórico que não se esgotou, o motivo permanece. Tendo essa perspectiva mais solidária, nisso sou otimista, que ela é necessária e vai continuar”.

Sobre a agenda internacional da CSS em saúde, em 2019, foi comemorado os 40 anos do Plano de Ação de Buenos Aires firmado em 1978. Na ocasião do encontro do BAPA+40, foi renovado o comprometimento com os valores do Sul e com o papel da CSS na Agenda 2030. O compromisso reconhece a importância da CSS para que se alcance os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e, sobretudo, a erradicação da pobreza. A declaração menciona:

Reconhecemos a importância e as diferentes histórias e particularidades da cooperação Sul-Sul, e reafirmamos nossa visão da Cooperação Sul-Sul como uma manifestação de solidariedade entre os povos e países do Sul que contribui para o seu bem-estar nacional, sua autossuficiência nacional e coletiva e cumprimento das metas de desenvolvimento acordadas internacionalmente, incluindo os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, de acordo com as prioridades e planos nacionais (BAPA+40, 2019, tradução nossa).

Para o futuro, se torna imprescindível mobilizar recursos e trabalhar em sintonia na arena internacional para que seja possível alcançar os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, colocados na Agenda 2030. Nesse sentido, no escopo da discussão atual acerca da importância incontestável da saúde e da inação do governo brasileiro frente à pandemia, chamo atenção para alguns marcos da Agenda 2030 passíveis de serem destacados para o futuro: (i) o Objetivo 3, Saúde e Bem-Estar, que estabelece metas como o reforço da capacitação para a redução de riscos sanitários globais, importante uma vez que 2020 colocou à prova sistemas de saúde nacionais de diversos países do mundo – inclusive países desenvolvidos; (ii) a ideia de que

¹⁶ Ver mais em: https://edition.cnn.com/2020/12/09/europe/covid-vaccine-inequality-developing-world-intl-scli/index.html?utm_source=twCNNi&utm_term=link&utm_content=2020-12-09T13%3A45%3A05&utm_medium=social

a Agenda 2030 é uma das “poucas âncoras multilaterais que nós temos” (ESTEVES, 2020), o que, de certa forma, influencia na tomada de decisão dos países alinhados às normas e pressupõe certo grau de trabalho em conjunto para que se atinja as ODS’s e a cooperação benéfica às populações dos diferentes países; (iii) abarca o conceito que surge no preâmbulo da Agenda 2030, de *leaving no one behind*¹⁷, que foca nas desigualdades e elementos que aprofundam essas desigualdades; e dá suporte para a possibilidade institucional de os países em desenvolvimento diminuírem o *gap* entre eles e os países desenvolvidos.

Ademais, a resolução para a problemática apresentada não virá facilmente ou num curto período; e certamente não sem que passe por um caminho tortuoso. Apesar de o Brasil se encontrar em estado de passividade frente aos problemas impostos pela pandemia, devido a lideranças e discursos domésticos inconsistentes, é importante que saibamos olhar para o passado, aprender com o presente, de modo que o futuro seja positivo. A entrevistada, Roberta de Freitas Campos explicita que na cooperação temos chance de melhorar os momentos de instabilidade: “é na crise que a gente pode melhorar. Olhar os erros para melhorar as ações”. Para o Brasil, é necessário o resgate de valores e princípios, de uma nação internacionalmente engajada, que trabalhe multilateralmente, com respeito a normas internacionais e que entenda seu potencial como líder do Sul Global.

Referências Bibliográficas

ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2018. Ver em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/internacionais/alma-ata-e-atencao-primaria-a-saude-de-volta-ao-futuro/37803/>>. Último acesso em: 27 de nov 2020.

ALMEIDA, C. et al. *A Concepção Brasileira de “Cooperação Sul-Sul Estruturante em Saúde”*. Revista Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.25-35, mar., 2010.

Avaliação do Programa de Cooperação Internacional em Saúde. OPAS/OMS. Brasília, 2015.

BERMUDEZ, J.; PRABHALA, A. *Coronavírus: o Congresso precisa agir imediatamente para o Brasil ter acesso aos tratamentos da covid-19*. 2020. Ver mais em: <<https://theintercept.com/2020/05/07/coronavirus-tratamentos-monopolios-patentes/>>. Último acesso em: 6 de Dezembro de 2020.

Declaração de Alma-Ata. *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Setembro, 1978. Ministério da Saúde (BR), 2002.

ESTEVES, P. *A Cooperação Internacional para o Desenvolvimento Após a Pandemia*. 2020. 1h e12 min, son., color. Disponível em: <[A cooperação internacional para o desenvolvimento após a pandemia](#)>. Acesso em: 10 dez. 2020.

¹⁷ Não deixar ninguém para trás.

Final Communiqué of the Asian-African conference of Bandung (24 de Abril, 1955).

MILANI, C. R. S. Evolução Histórica da Cooperação Norte-Sul. In: SOUZA, André M. (ed). *Repensando a cooperação internacional para o desenvolvimento*. Brasília: IPEA, 2014. p. 33-56.

NAYYAR, D. *BRICS, Developing Countries and Global Governance*. *Third World Quarterly*. 2016, p. 575-591.

NUNES, E. S. N. *Marcos Cueto. O valor da saúde: história da Organização Pan-Americana da Saúde*. *Revista Brasileira de História*. São Paulo, v. 28, nº 56, p. 597-601, 2008.

OCDE. The High-Level Fora on Aid Effectiveness: A history. 2019. Ver em: <<https://www.oecd.org/dac/effectiveness/thehighlevelforaonaideffectivenessahistory.htm>>. Último acesso em: 29 de novembro de 2020.

Oslo Ministerial Declaration - Global Health: a pressing foreign policy issue of our time. Abril de 2007.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. *Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores*. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PINO, B. A. Evolução Histórica da Cooperação Sul-Sul. In: SOUZA, André M. (ed). *Repensando a cooperação internacional para o desenvolvimento*. Brasília: IPEA, 2014. p. 57-88.

PIRES-ALVES, F. A.; PAIVA, C. H. A.; SANTANA J. P. *A Internacionalização da Saúde: Elementos Contextuais e Marcos Institucionais da Cooperação Brasileira*. *Revista Panam Salud Publica*. 2012; 32 (6):444–450.

Report of the second High-level United Nations Conference on South-South Cooperation (BAPA+40). Buenos Aires, 2019.

SANTOS, Roberta de Freitas; CERQUEIRA, Mateus Rodrigues. *Cooperação Sul-Sul: experiências brasileiras na América do Sul e na África*. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.22, n.1, jan.-mar. 2015, p.23-47.

SOUZA, A. M. *Repensando a Cooperação Internacional para o Desenvolvimento*. In: SOUZA, A. M. (ed). *Repensando a cooperação internacional para o desenvolvimento*. Brasília: IPEA, 2014. p. 11-32.

United Nations. (1974). *Declaration on the Establishment of a New International Economic Order*.

CAMPOS, Roberta de Freitas. *Cooperação Sul-Sul em Saúde*. Entrevista concedida a Vitória Caroline Maciel. Rio de Janeiro, 27 de novembro de 2020.