



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“O Estado e as Relações Internacionais: O Complexo Econômico-Industrial da Saúde na relação de influência mútua entre as agendas interna e externa do Brasil”

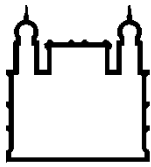
por

Sandra Pereira Soares

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Augusto Grabois Gadelha

Rio de Janeiro, novembro de 2012.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta tese, intitulada

“O Estado e as Relações Internacionais: O Complexo Econômico-Industrial da Saúde na relação de influência mútua entre as agendas interna e externa do Brasil”

apresentada por

Sandra Pereira Soares

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Monica Sutton

Prof. Dr. Leonardo Marco Muls

Prof. Dr. Marcus Vinicius Siqueira

Prof. Dr. José Manuel Santos de Varge Maldonado

Prof. Dr. Carlos Augusto Grabois Gadelha – Orientador

Tese defendida e aprovada em 30 de novembro de 2012.

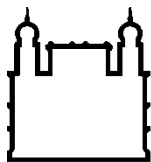
Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S676 Soares, Sandra Pereira
O Estado e as Relações Internacionais: O Complexo
Econômico-Industrial da Saúde na relação de influência mútua
entre as agendas interna e externa do Brasil. / Sandra Pereira
Soares. -- 2012.
xxiv,274 f. : il. ; tab. ; graf.

Orientador: Gadelha, Carlos Augusto Grabois
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio
Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

1. Estado. 2. Desenvolvimento Econômico. 3. Políticas e
Cooperação em Ciência, Tecnologia e Inovação.
4. Vulnerabilidade. 5. Cooperação Internacional. 6. Cooperação
Horizontal. 7. Política Externa. 8. Globalização. 9. Agenda Sul-
Sul. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.1



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 30 de novembro de 2012.

Sandra Pereira Soares

**“Meditai se só as nações fortes podem fazer ciência ou se é a
ciência que as faz fortes”**

Oswaldo Cruz

Aos meus pais.

Agradecimentos

Estes últimos quatro anos (e mais “25.920.000 segundos”) foram tão intensos e tão representativos em minha vida que estabeleceram sobre mim uma nova percepção sobre o futuro. Paradigmas foram quebrados e, no lugar, estabeleceram-se perspectivas para novas construções. Pilares foram destruídos, pilares reconstruídos e construídos novos para uma vida inteira.

Estando nesse grande canteiro de obras, não me senti sozinha. Nunca estive sozinha! Foram tantas mãos, tantos olhares amigos e solidários, tantos carinhos, tantas palavras, tanta força, tanta orientação, tantas surpresas e tantos puxões de orelha, necessários, por sinal...

Ao reconhecer a generosidade do ser humano e do ser amigo com a qual fui brindada por tantos, presto a minha mais sincera homenagem, declarando o quanto sou grata pela existência de cada um em minha vida, tentando fazer refletir a emoção que transborda em meu sentimento por vocês em cada palavra que segue.

A todos, a minha gratidão e o meu carinho!

Ao meu Orientador e aos professores da Banca, o meu sincero e agradecido reconhecimento.

Caríssimo Dr. Gadelha, honra-me a oportunidade de ter sido sua aluna e a sua franca e querida amizade. Sou grata por ter acreditado nesta profissional discente que queria falar de saúde como questão de defesa e soberania nacional. Sou grata por ter expandindo o meu olhar e também por ensinar-me a focalizar esse mesmo olhar. A sua respeitosa trajetória profissional e sua prestigiada competência fizeram com que eu me sentisse privilegiada por tê-lo como orientador. E o mais importante, o seu comprometimento entusiasmado com a saúde é contagiante. Como sua orientanda, fui “contaminada”. Principal sintoma: brilho no olhar! Muito obrigada por oferecer a oportunidade de que os meus olhos brilhassem com os horizontes (que nesta tese são internacionais) do Complexo, que é tão complexo.

A cada um dos professores da banca, sinto um grande respeito e admiração pela competência e pelo comprometimento profissional e

acadêmico, ao mesmo tempo em que nutro por cada um uma carinhosa amizade. Agradeço, sinceramente, a participação de vocês.

Querida Dra. Mônica, sempre disponível, você que tanto me ouviu, acolheu e me acalmou, sua objetividade, suas dicas e suas preocupações amigas foram, são e serão sempre muito preciosas para mim.

Dr. Maldonado, sempre muito franco e objetivo, a sua disponibilidade amiga, seu pronto comprometimento e suas sugestões práticas foram por demais importantes.

Dr. Leonardo, professor que também se tornou um querido amigo. Sempre atento e comprometido, muito me ajudou com sua leitura cuidadosa e seus comentários precisos.

Dr. Marcus Vinicius, amigo querido, profissional ilibado, mais do que um professor, um companheiro! A sua disposição em estar em minha banca, a sua preocupação com os meus prazos e seus comentários preciosos refletem a pessoa que você é.

Dr. Jorge Costa, caríssimo profissional e querido amigo, sou muito grata por sua pronta e gentil disponibilidade em participar desta missão com os prazos de leitura tão exíguos. Gentileza que reconheço e agradeço muito.

Dr. Willer, que tanto me ouviu na construção do meu projeto de qualificação, o meu reconhecimento: “aquela” longa conversa foi um “marco”!

Gostaria de poder “falar” com cada um que esteve comigo quebrando os paradigmas e solidificando os pilares desta nova construção. Gostaria que as palavras traduzissem a importância que cada um teve nessa etapa da minha vida. Entretanto não poderei estender-me, não porque eu não queira, mas porque teria que incorporar muitas e muitas páginas a esta tese e, mesmo assim, não conseguiria expressar tudo que penso e sinto por cada um de vocês, meus amigos e companheiros.

À Fundação Oswaldo Cruz, o meu prazer por fazer parte! Muito obrigada pela oportunidade!

À Vice-Presidência de Produção e Inovação em Saúde, o meu reconhecimento agradecido!

Ao Vice-Presidente, Dr. Bermudez, sou grata por ter o seu apoio e sua autorização para continuidade do meu afastamento das minhas atividades laborais. Proporcionou-me condições para que a finalização deste estudo fosse factível.

Ao Jorge Costa, sem o seu apoio amigo não sei o que teria acontecido. Sua autorização proporcionou-me o fôlego necessário para que a construção tomasse forma. Obrigada, de coração!

Às companheiras amigas e queridas da Assessoria, Gabi, Rita e Rosi, sempre positivas! Agradeço, sinceramente, a força e o companheirismo fraterno e profissional!

Querida Silvania, amiga que tanto me ouviu e que cuidou com especial zelo dos meus processos institucionais, agradeço, de coração, as palavras carinhosas e todo o apoio recebido.

Mansur, agradeço a fraterna torcida e as longas conversas sobre construções e (re) construções!

Carlinha, sempre disponível, sempre companheira e amiga, muito obrigada por toda a força, pelo apoio constante (em todos os momentos deste curso de doutorado!!), pelas longas conversas e por todo carinho que você tem me dado!

Marcelo e Adriana, agradeço o carinho e a torcida.

Querida Laís, amiga e companheira de artigos, do corpo discente, de trabalho e de pesquisa, o seu desprendimento foi-me muito caro. Solidária e preocupada com os meus prazos, mesmo atolada de serviços, você teve tempo para me apoiar nesta construção. Obrigada, de coração!

Paulinha, companheira de artigos e também com forte desprendimento. Agradeço o apoio. Agradeço a torcida.

Sônia e Marluce, do DAPS, valeu toda a força! É muito gratificante quando encontramos profissionais que se envolvem e torcem pelos alunos. E vocês são assim.

Ao Serviço de Gestão Acadêmica da ENSP, especialmente representado por Cecília, Eduardo e Fábio, agradeço a paciência, o apoio recebido em todos os momentos (e em especial, “naquele” período mais complicado...). Sou grata pela gentil presteza.

À Coordenação de Pós-Graduação, o meu muito obrigado pela compreensão e por todo o apoio recebido.

Queridíssimas amigas da turma de doutorado, especialmente Andréa, Angélica, Helena, Ialê, Camila, Ândrea e Ana Paula, foram tantas as emoções... Posso afirmar com toda certeza: sem o apoio, sem a torcida, sem os puxões de orelha, sem as tantas e tantas conversas, sem o compartilhamento de artigos, sem as discussões, sem os “ombros” e sem a amizade de vocês, teria sido muito, mas muito mais difícil, terminar esse curso! Obrigada por terem sido vocês a existirem no curso da minha vida!

Dr. Henry Jouval, por quem nutro admiração e respeito, suas idéias, nossas conversas, sua leitura cuidadosa do meu projeto de qualificação e suas preciosas dicas fundamentarem os novos pilares na minha construção. Agradeço de forma muito especial a sua amizade, a sua gentileza, a sua sempre disponibilidade e o seu carinho com os quais sempre fui brindada por você.

Querida Cátia, profissional a quem devo o meu reconhecimento e o meu agradecimento por todas as reflexões feitas nos últimos anos. Algumas “paredes” foram derrubadas com sua ajuda e a construção foi se ampliando... E ganhando mais solidez... Obrigada!

Querida Emília, amiga especial que dá chamada, que dá colo, que chora junto, que sorri junto, que sacode e que torce. Agradeço as longas conversas. Agradeço a sua amizade. Agradeço o seu carinho.

Jorge “McFly”, estimado amigo da Fiocruz e companheiro de longa jornada, agradeço não ter desistido desta amiga (e espero que ainda consiga se lembrar de mim...). Grata por sua fraterna e carinhosa torcida!

Ivonete, reconheço a sua paciência. Sou grata a você por ter escutado tantas vezes as minhas apreensões e expectativas. Sei que sua torcida é muito amiga. Obrigada!

Zé Paulo, amigo querido, por quem tenho especial carinho e admiração pelo profissional e pela pessoa que é. Suas chamadas para que eu não perdesse o “foco”, para que eu parasse de “ler, ler e ler” e passasse a “escrever, escrever e escrever” foram traduzidas por mim como uma preocupação carinhosa, genuína e amiga, refletindo uma grande torcida! Obrigada, de coração!

Querido Naldo, sempre espirituoso! Nossas conversas, regadas a gargalhadas, foram muito produtivas. Representaram momentos que oxigenaram períodos conturbados de minha vida e momentos que deram mais cor a períodos coloridos. Agradeço a sua torcida amiga e sua amizade carinhosa. Agradeço também as longas conversas com a “Bel”. Aos almoços vindouros, que venham com muita frequência!!

Moniquita, amiga generosa, companheira, solidária e querida. Rimos e choramos juntas. Sou privilegiada por ter construído este trabalho no mesmo período que a nossa amizade foi construída. Os pilares dela serão sólidos. Já são sólidos. Obrigada por sua paciência, pelas conversas tão amigas e tão francas. Obrigada pelas risadas. Obrigada por ajudar-me na (re) construção da minha vida.

Marquinhos e Marcelinho, generosos, queridos e apaixonantes amigos, sei o quanto se importam comigo, sei o quanto sou agraciada pela torcida e pela amizade de vocês. E esse sentimento faz toda a diferença! Saibam que amo vocês, hoje e sempre.

Fatinha querida, com seu jeito único de ser, sua torcida “a /a Fatinha” é muito especial para mim. Sempre juntas, desde pequeninas. Obrigada por se preocupar com minha felicidade, minha querida prima e irmã de coração!

D. Leila, Noira, Lulu e Mauricio, tão amados por mim, algumas estruturas que representavam tanto foram destruídas e alguns pilares, perdidos. Reconstruções são necessárias e sustentam-se com o amor existente, com a torcida presente e com o carinho sentido. A nossa relação é sob essas bases.

José Maurício, agradeço a você a fraterna torcida. O meu muito obrigado por sua sempre disponibilidade e por sua amizade de tantos anos. Nutro por você um carinho muito grande e uma forte torcida que se estendem por toda uma vida.

O mais importante é a constatação de que a estrutura da vida está na solidez dos pilares que a compõem. Alguns são fundamentais. São centrais. Sem eles, nada teria razão. Sem eles, nada teria sustentação. Meus pilares, Zaida e Antonio, minha mãe e meu pai. Razões da minha existência. A quem devo tudo. De quem me orgulho. A quem dedico e recebo amor de forma incondicional. Do colo que eu nasceria um milhão de vezes. Amo vocês! Obrigada por existirem na minha vida! Obrigada por eu ser da vida de vocês!

Tenho um “par-pilar”. Algo do tipo “coluna dupla”, sustentação necessária. Sem esse pilar, a minha construção ficaria igual a da Torre de Pisa, tortinha. Sem a sua torcida, seu olhar, seu carinho, suas defesas, seu amor, eu seria incompleta. Obrigada por existir, minha irmã! Te amo, Bel!

Eis que surge, um pequeno pilar na minha vida. Sua existência se dá no decorrer do meu doutorado. E eu me pergunto: “como passei a vida inteira sem esse pilar?” Querida Alê, a titia dedica um amor lindo e um agradecimento especial a você que tomou conta dos corações da nossa família e “sequestrou” o meu no primeiro olhar. Um beijo, meu amor!

E eis que surge mais um pilar. Um lindo e moreno pilar. Surge em um momento tão complicado, tão necessário. Fez-me sentir “estruturada”, especial, querida e muito amada. E é querido, é especial e é muito amado. A você, Maurício, dedico de forma especial o meu amor!

E de todos os agradecimentos, o principal faço a Deus. Ao grande Arquiteto, dedico o meu maior reconhecimento!

Resumo

Esta tese aborda a inter-relação das políticas nacionais com as relações internacionais, onde a correlação do poder e da saúde está presente e é vislumbrada, principalmente, no papel do Estado no contexto das relações internacionais e na influência da globalização e de seus impactos sobre a política de saúde - em particular sobre o Complexo Econômico- Industrial da Saúde (CEIS) – conjunto de atividades produtivas e de serviços que pautam uma relação sistêmica entre setores industriais e os prestadores de serviços em saúde - e na sua respectiva correlação com a condução da política externa do País. Subsidiaria a aproximação do campo da saúde com o do desenvolvimento nacional e regional, caminhando em um sentido duplo: de um lado traz a agenda de desenvolvimento para o campo da saúde e, de outro, fornece pistas de como as ações em saúde podem contribuir para uma perspectiva mais geral de desenvolvimento e integração, onde as demandas exercidas por influências político-econômicas na arena internacional têm poder significativo na condução de políticas nacionais e na condução da política externa do País.

Dada a contemporaneidade do tema, este estudo é fundamentado em pesquisas documentais e descritivas, de natureza exploratória, com base na análise das informações disponibilizadas em publicações – livros, artigos, legislações e periódicos, além da análise de relatórios divulgados em portais governamentais e especializados e de apresentações de *experts* disponíveis em domínio público.

A construção dos capítulos se desenvolve de forma ascendente em que as relações internacionais destacam o papel do Estado na complexidade das relações políticas, econômicas e de poderes internacionais assimétricos e em que os direitos sociais e humanitários procuram se estabelecer. Nesse contexto, a retomada do papel estratégico do Estado para o desenvolvimento nacional encontra na saúde e nos contornos estratégicos da política externa brasileira um contexto fértil para fundamentar a relação virtuosa entre saúde e desenvolvimento em que o CEIS se estabelece a partir do pilar estratégico da inovação.

É apresentada sob o recorte geográfico das relações Sul-Sul, onde se observa tendência positiva para temas como a saúde serem considerados como elementos fundamentais para a promoção do desenvolvimento em estreita interação e parceria com a comunidade internacional, notadamente com as nações do Sul.

Em capítulos subsequentes, o estudo indica como resultado da relação das políticas nacionais e externa que o CEIS vem, a partir da consolidação produtiva nacional, exercendo maior influência na condução das políticas externas da nação. Essa constatação tem ocupado nos últimos anos posição mais efetiva e menos secundária na formulação das diretrizes que orientam a política externa brasileira, notadamente no que se refere às cooperações humanitárias e às cooperações técnicas internacionais. Quanto às cooperações técnicas internacionais, são pontuais as cooperações Sul-Sul, tendo como principais balizadores questões como doenças negligenciadas, HIV/AIDS e bancos de leite humanos, especificamente junto aos países do MERCOSUL, da UNASUL e da CPLP.

Portanto, o CEIS - Complexo Econômico-Industrial da Saúde - no Brasil estabelece-se como diferencial estratégico para que nos contextos nacional, regional e inter-regional sejam superadas vulnerabilidades econômicas, assimetrias tecnológicas, resguardadas as soberanias e os estados de bem-estar e potencializadas cooperações e negociações internacionais em conjunto com atores nacionais e internacionais.

Palavras-chave: Saúde; Desenvolvimento; Estado; Complexo Econômico-Industrial da Saúde; Globalização; Cooperação Internacional em Saúde; Cooperação Sul-Sul; Relações Internacionais; Diplomacia em Saúde; Política externa; Vulnerabilidade; Assimetrias Tecnológicas, Soberania; estado de Bem-Estar.

Abstract

This thesis addresses the interrelationship of national policies with international relations, where the correlation of power and health is present and is envisioned primarily in the role of the state in the context of international relations and the influence of globalization and its impacts on health policy - in particular the Health Economic-Industrial Complex (CEIS) – set of productive and services activities that guide a systemic relation between industry activities and service providers in health – and in their respective correlation with the conduction of foreign policy's Brazil. It subsidizes the approach in the health field with the national and regional development, walking in a double sense: on one hand brings the development agenda for the field of health and on the other, provides clues as how health actions can contribute to a more general development and integration, where the demands exerted by political and economic influences in the international arena have significant power in the conduction of national policies and in the conduction of foreign policy's country.

Given the contemporary theme, this study is based on documentary and descriptive research, of exploratory nature, based on analysis of the information available in publications - books, articles, journals and Laws, as well as analysis of governmental reports released on portals and specialized presentations of experts available in the public domain.

The construction of the chapters is developed in ascending order where the international relations situate the role of the State in the complexity of political, economic and international relationships as well as international asymmetric powers and in the social and humanitarian rights seek to be established. In this context, the resumption of the strategic role of the State to the national development finds in the health and strategic contours of the Brazilian foreign policy a fertile environment to support the virtuous relationship between health and development in what the Health Economic- Industrial Complex - CEIS is settled from a strategic pillar of innovation.

It is presented under the cut of the geographical South-South relations, which is a positive trend for subjects such as health to be considered as key elements in the promotion of the development in close interaction and partnership with the international community, especially with the South nations.

In the subsequent chapters, the study indicates as a result of national and external policies that CEIS is exerting increasing influence on the conduction of foreign policy of the nation, since the national productive consolidation. In recent years this finding has occupied a more effective and less secondary position in formulating of guidelines that guide the Brazilian foreign policy, especially regarding the humanitarian cooperation and international technical cooperation. As for international technical cooperation, the south-south cooperation are very isolated, having as the main indicators issues as neglected diseases, HIV / AIDS and Human Milk Banks, specifically at Mercosur, Unasur and the "CPLP".

Therefore, the Health Economic -Industrial Complex in Brazil establishes itself as a strategic differentiator so that the national, regional and inter-regional scenarios can overcome economic vulnerabilities, technological asymmetries, safeguarding the sovereignty and the Welfare states as well as maximize international cooperation and negotiations along with national and international actors.

Keywords: Health, Development, State, Health Economic and Industrial Complex, Globalization, International Cooperation in Health, South-South Cooperation, International Relations, Health Diplomacy, External Policy, Vulnerability, Technological Asymmetries, Sovereignty, Welfare State

Lista de Siglas e Abreviaturas

AMS	Assembléia Mundial da Saúde
ABC	Agência Brasileira de Cooperação
ABDI	Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial
ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados
ALADI	Associação Latino-Americana de Integração
ALBA	Aliança Bolivariana para as Américas
ALC-EU	Cúpula América Latina, Caribe e União Européia
AOD	Ajuda Oficial para o Desenvolvimento
ASA	Cúpula América do Sul - África
ASPA	Cúpula América do Sul - Países Árabes
ATS	Avaliação de Tecnologias em Saúde
BBFC	Boas Práticas de Fabricação e Controle
BIO-	
MANGUINHOS	Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos
BLH	Banco de Leite Humano
BRICS	Agrupamento Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul
	Biblioteca Virtual em Saúde
BVS	
C&T	Ciência e Tecnologia
CAN	Comunidade Andina de Nações
CCM	Comissão de Comércio do Mercosul
CDC	Centro para Controle e Prevenção de Doenças
CE	Comitê Executivo
CE	Conselho Executivo (OMS)
CEIS	Complexo Econômico-Industrial da Saúde
CELAC	Comunidade dos Estados Latino-Americanos e Caribenhos
	<i>Consultative Expert Working Group on Research and Development:</i>
CEWG	<i>Financing and Coordination</i>
CICT	Centro Internacional de Cooperação Tecnológica em HIV/AIDS
CID	Cooperação Internacional para o Desenvolvimento
CMC	Conselho Mercado Comum

CPC	Comissão Parlamentar Conjunta
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
CQCT	Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
CSNU	Conselho de Segurança das Nações Unidas
CSS	Cooperação Sul-Sul
CSS	Conselho Saúde Sul-Americano
CTC&T	Cooperação Técnica Científica e Tecnológica
CTIME	Centros Técnicos de Instalação e Manutenção de Equipamentos
CTPD	Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento
DNDI	Iniciativa Medicamentos para Doenças Negligenciadas
EB	Executive Board
EPI	Economia Política Internacional
EUA	Estados Unidos da América
FAO	Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura
FAR-	
MANGUINHOS	Instituto de Tecnologia em Fármacos
FCES	Foro Consultivo Econômico-Social
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
FOCALAL	Fórum de Cooperação América Latina - Ásia do Leste
G-20	Grupo dos 20
G-77	Grupo dos 77
G-8	Grupo dos 8
GECIS	Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde
GMC	Grupo Mercado Comum
GPP	Grandes Países Periféricos
GSK	Glaxo SmithKline
GTI-AHI	Grupo de Trabalho Interministerial sobre Assistência Humanitária Internacional
H1N1	<i>Influenza A</i>
HIB	<i>Haemophilus Influzae tipo b</i>
IBAS	Fórum de Diálogo Índia, Brasil e África do Sul ou G-3

IBERBLH	Programa Ibero-Americano de Bancos de Leite Humano Intergovernmental Working Group on Public Health, Innovation and
IGWG	<i>Intellectual Property</i>
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISAGS	Instituto Sul-Americano de Governança em Saúde
MCT	Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação
MDIC	Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MNA	Movimento dos Países não-Alinhados
MRE	Ministério das Relações Exteriores
MS	Ministério da Saúde
MSTI	<i>Main Science and Technology Indicators</i>
NETHIS	Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OCHA	Escritório das Nações Unidas para Coordenação de Assuntos Humanitários
ODM	Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
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
ORIS	Oficinas de Relações Internacionais em Saúde
OTCA	Organização de Tratado de Cooperação Amazônica
P&D	Pesquisa e Desenvolvimento
PAC	Plano de Aceleração do Crescimento
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PCB	<i>Programme Coordinating Board</i>
PDP	Parcerias para Desenvolvimento de Produtos
PECS	Plano de Saúde da Comunidade de Países de Língua Oficial Portuguesa
PIB	Produto Interno Bruto
PITCE	Política Industrial, Tecnologia e de Comércio Exterior
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PNUMA	Programa das Nações Unidas para o Meio-Ambiente
PPD	<i>Partners in Population and Development</i>
PPT	Presidência <i>Pro-Tempore</i>
REDSUR-ORISS	Rede de Oficinas de Relações Internacionais e Cooperação Internacional em Saúde
RESP	Rede de Escolas de Saúde Pública
RETS	Rede de Escolas Técnicas de Saúde
RI	Relações Internacionais
RINC	Rede de Institutos Nacionais de Câncer
RINS	Rede de Institutos Nacionais de Saúde
RMS	Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul
SAM	Secretaria Administrativa do Mercosul
SELA	Sistema Econômico Latino-Americano de Integração
SGT-11	Subgrupo de Trabalho n.11
SI	Sociedade Internacional
SUS	Sistema Único de Saúde
TEC	Tarifa Externa Comum
TRIPS	Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual relacionados com o Comércio
U.E.	União Européia
UNAIDS	<i>Joint United Nations Programme on HIV/AIDS / Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS</i>
UNASUL	União das Nações Sul-Americanas
UNDP	<i>United Nations Development Programme</i>
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WDI	<i>World Development Indicators</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
WIPO	<i>World Intellectual Property Organization</i>

Lista de Tabelas

Tabela 1 –	As Principais Economias no Mundo (PIB) – 2011	090
Tabela 2 –	Orçamento Governamental em P&D - objetivo socioeconômico “Saúde e Meio-Ambiente”: Brasil e OCDE, 2000-2011	092
Tabela 3 –	Redes de Instituições Estruturantes no Campo da Saúde na Unasul	157
Tabela 4 –	Levantamento da Atuação Internacional do Ministério da Saúde em ações vinculadas ao CEIS (Prestação de Assistência Humanitária) - período 2006 a 05-2010	198
Tabela 5 –	Principais resultados (2003-2009): CEIS e Política Externa	215
Tabela 6 –	Incorporação Tecnológica – Principais Ações da Fundação Oswaldo Cruz relacionadas ao CEIS - período 2003-2009	227

Lista de Quadros

Quadro 1 –	Principais Teorias da EPI	052
Quadro 2 –	Relação de Documentos Internacionais: Cooperação Sul-Sul e Saúde	126
Quadro 3 –	Cooperação Internacional em Saúde: Relação de Países e Banco de Leite Humano	214
Quadro 4 –	Resoluções do Mercosul – CEIS	220

Lista de Gráficos

Gráfico 1 –	Investimentos em Cooperação Técnica (em %)	135
Gráfico 2 –	Relação de Investimentos em Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento: em Assistência Humanitária (em %)	135
Gráfico 3 –	Investimentos em Cooperação Internacional Brasileira para o Desenvolvimento Internacional – entre 2005 e 2009 (em %)	136
Gráfico 4 –	Baixo Crescimento das Economias Maduras	139

Lista de Figuras

Figura 1 –	Representação do Impacto do CEIS em Expansão	032
Figura 2 –	Sistema Econômico Internacional – Esquema Analítico Básico	049
Figura 3 –	<i>Modus Operandi</i> da OMS	104
Figura 4 –	Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul – RMS	149
Figura 5 –	Intercessão Geopolítica do Brasil na Área da Saúde	204
Figura 6 –	Formação da Cadeia de Conhecimentos	208
Figura 7 –	CEIS e Relações Internacionais: Categorias Centrais	256

SUMÁRIO

Resumo	xiii
Abstract	xiv
Lista de Siglas e Abreviaturas	xv
Lista de Tabelas	xix
Lista de Quadros	xx
Lista de Gráficos	xxi
Lista de Figuras	xxii
Introdução	025
Objetivo Geral	035
Objetivos Específicos	036
Hipótese	036
Limitações e Desafios	037
Metodologia da Pesquisa	039
Procedimentos de Pesquisa	039
Capítulo I: Relações Internacionais	042
1 – Introdução	042
2 – A Abordagem da Sociedade Internacional	043
3 – A Abordagem da Economia Política Internacional	045
Capítulo II: Estado e Relações Internacionais – A Retomada do Papel dos Estados Nacionais	062
1 – Introdução	062
2 – Estado como Ator Estratégico nas Relações Internacionais	063
3 – Protagonismo do Estado no Contexto da Globalização e da Inovação	077

Capítulo III: Inserção do Brasil no Contexto Internacional da Saúde	088
1 – Saúde nas Relações Internacionais	100
2 – Agenda Sul-Sul	122
2.1. Mercosul	144
2.2. Unasul	152
2.3. África	161
2.4. Cooperação Triangular	166
2.5. Reflexões sobre o Papel do Brasil na Cooperação Sul-Sul	169
Capítulo IV: CEIS: O Papel do Estado na Inovação e no Campo da Cooperação Internacional em Saúde na Agenda Sul-Sul	175
1 – CEIS: Estado e Inovação; Saúde e Desenvolvimento	175
2 – Cooperação Internacional e as Relações Internacionais: um olhar sobre o CEIS na relação Sul-Sul	191
2.1. Cooperação Internacional sob a Abordagem da Assistência Humanitária	196
2.2. Cooperação Internacional sob a Abordagem da Cooperação Técnica Internacional	201
Capítulo V: CEIS: Política Externa em Ação, um Olhar sobre o Sul	210
Considerações Finais	234
Referências Bibliográficas	259
Bibliografia Consultada	270
Anexo I	274

INTRODUÇÃO

Mais claramente observada no Século XXI como estratégia política, a área da saúde é priorizada no campo político em função da relevância e da relação que as bases de conhecimento, os campos da ciência, da tecnologia e da inovação têm como estado de bem-estar da sociedade.

Além disso, o setor saúde tem sido cada vez mais considerado como indutor e parte constitutivo do modelo de desenvolvimento dos países desenvolvidos, em forte expansão, e dos países em desenvolvimento, em consolidação.

Está inserido, local e globalmente, de forma cada vez mais intensa, em um processo de mutação social, industrial e institucional, o que passa a ser, além de uma oportunidade, um desafio ao se tentar associar às dinâmicas, nacionais e internacionais, sociais, econômicas, de inovação e de produção.

Sob a perspectiva social, temas como o da saúde ganharam relevância na agenda da política internacional após a Guerra Fria. Com a perda de nitidez do confronto ideológico e com o advento da multipolaridade, os temas sociais tornaram-se globais, interessando a todas as sociedades. A saúde, portanto, cada vez mais, vem avançando na agenda das relações exteriores e nos assuntos globais, mesclando-se às questões econômicas, comerciais e de segurança nacional (Buss e Ferreira, 2008) [1].

Assim, questões como as relacionadas à guerra e à paz, à economia e ao comércio, ditas como *hard power*, vêm cedendo espaço nas últimas décadas para questões como a saúde em função do aumento de acordos internacionais sobre esse tema, reconhecido no cenário internacional como *soft power*.

Há, entretanto, segundo definem Kickbusch e Berger ¹ uma tendência a que essas questões reconhecidas como “*soft*” se imbriquem nas questões “*hard*” das economias nacionais. Esses autores justificam, sob essa nova

¹ Fonte: Buss, P, Ferreira, J. Documento institucional interno da Fiocruz. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

lógica, que há um reconhecimento cada vez maior acerca dos “bens públicos globais” que são “negociados e assegurados e que regimes na área do comércio e do desenvolvimento econômico devem ser complementados por outros, em esferas como ambiente e saúde”¹. (p. 20)

Por outro lado, em que pese a importância do enfoque econômico, a consequente valorização dos temas sociais é fruto da reformulação das concepções até então vigentes do desenvolvimento, confere à área social uma essencialidade em que se privilegia a solidariedade social e o ser humano como centrais nas preocupações e nos interesses estatais.

Nesse sentido, o tema ganhou representatividade em função de uma série de movimentos entre os Estados, em fóruns e conferências mundiais, que deu relevância e sustentabilidade aos temas sociais nas questões estratégicas das relações internacionais.

Portanto, questões relacionadas à saúde ultrapassaram a sua abordagem mais técnica e tornaram-se essenciais nas políticas externa, de segurança e comercial, tanto pelo seu valor intrínseco, como pela predominância de valores humanos incidentes sobre outros interesses.

Por outro lado, sob a perspectiva econômico-industrial, a saúde exerce papel estratégico e fundamental no contexto do desenvolvimento nacional e da política industrial, seja interagindo com o sistema econômico-industrial e o potencial de inovação no setor, seja contribuindo para uma perspectiva mais geral de desenvolvimento e integração^{2,3,4}.

Representa, simultaneamente, a dimensão social e da cidadania com a econômica e da inovação⁵. A saúde, nesse sentido, em intrínseca interação com os interesses sociais, é uma variável estratégica para a competitividade nacional^{2,3}, apresentando as dimensões do direito e da cidadania; do desenvolvimento econômico, seja pela geração de inovação, de renda e de emprego; da promoção do desenvolvimento nacional, seja pelas características de transformar o contexto atual em uma saída estrutural e de longo prazo para o desenvolvimento brasileiro.

Os investimentos sociais na área da saúde representam 8,8% do PIB, valor correspondente a quase US\$ 100 bilhões/ano. O setor gera 10% dos empregos formais qualificados, tem o maior investimento em P&D&I no Brasil e participa com cerca de 25% das publicações nacionais [2]. É um setor prioritário dado o fato de aliar alto potencial de inovação e priorizar o atendimento ao sistema universal de saúde.

A saúde está inserida em áreas determinantes para o futuro do País, tais como a biotecnologia, a nanotecnologia, a química fina, a microeletrônica, além de perpassar pela área dos serviços, assim como células-tronco e telemedicina. Todas essas áreas, segundo Padilha e Gadelha [3], “representam 22% do esforço mundial de inovação e quem ficar fora será dependente, frágil e subserviente”.

Portanto, o campo da saúde apresenta-se como um campo privilegiado para as questões de soberania, para o fortalecimento do papel do estado nacional e da hegemonia no campo da ciência e tecnologia. E, nesse sentido, o Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) emerge como ponte entre a ciência, a tecnologia, a inovação, o desenvolvimento econômico, a soberania e o bem-estar social. Formado por setores industriais de base química e biotecnológica (indústrias de fármacos, medicamentos, vacinas, hemoderivados e reagentes para diagnóstico) e de base mecânica, eletrônica, de próteses e órteses e de materiais de consumo, além de organizações prestadoras de serviços em saúde (hospitais, ambulatórios e serviços de diagnóstico e tratamento), o CEIS é um conjunto de atividades produtivas e de serviços em saúde que pautam uma relação sistêmica entre os setores envolvidos ^{2,3}.

No Brasil, o CEIS, inserido nesse contexto de constante transformação industrial e institucional, destaca-se como espaço institucional e econômico particular, “formado por indústrias fortemente inovadoras e veículos importantes de novos paradigmas tecnológicos” ³. Tem no Estado um papel de

² Fonte: IBGE (2012) e dados disponibilizados pelo Grupo de Pesquisa GIS/ENSP/ Fiocruz .

³ Fonte: Padilha A, Gadelha CAG. Saúde na agenda industrial e do desenvolvimento. *Jornal Valor Econômico*, 17.01.2012.

grande importância social e estratégica como ator essencial na promoção da articulação da saúde com o sistema de inovação.

Isso posto, políticas nacionais efetivas ultrapassam vulnerabilidades e oferecem contornos que definem o CEIS e a saúde no Brasil como promotores do desenvolvimento nacional, cujo protagonismo não se esgota nos limites da fronteira nacional, favorecendo condições e diferenciais para que o País se estabeleça no contexto internacional como parceiro na promoção do desenvolvimento econômico de países do eixo Sul-Sul e forte player nas discussões sobre saúde em fóruns internacionais.

Portanto, o CEIS estabelece-se com representatividade estratégica para que a saúde do País não sucumba às vulnerabilidades históricas que comprometem sua base produtiva tecnológica endógena. Quando apontamos a vertente da vulnerabilidade, ressaltamos, notadamente e cada vez mais, o crescente déficit da balança comercial da saúde do Brasil. O que representa forte dependência externa de produtos do CEIS, sobretudo os de maior dependência tecnológica, vulnerável à oscilação cambial, tornando quase irreversível as consequências da política liberal dos anos 90. Política essa que destruiu a produção de produtos de alta tecnologia em saúde no País [4].

O aumento exponencial do déficit na balança comercial do CEIS pode ser observado ao destacar que, no final da década de 80, o déficit chegava a US\$ 700 milhões, em 2005 alcançava US\$ 3 bilhões e em 2011, US\$ 11 bilhões [5]. O que representa nos últimos seis anos um aumento alarmante de quase 300% e nas três últimas décadas um incremento de 1.500% no déficit da balança comercial da saúde. Qualquer oscilação cambial poderá tornar inexecutáveis programas essenciais de saúde, como o de assistência farmacêutica, de câncer, de imunização infantil, tratamentos de HIV, dentre outros.

Esse quadro da balança comercial do CEIS é um grande desafio que requer a inovação como um meio para viabilizar o desenvolvimento e o

⁴ A dependência de importações de fármacos nesse período chegou a 85% das necessidades nacionais. Fonte: Elaboração do Grupo de Pesquisa de Inovação em Saúde - GIS/ENSP/Fiocruz, 2011.

⁵ Dados fornecidos pelo GIS/ENSP/Fiocruz, em maio de 2012, a partir dos dados da Rede Alice do MDIC..

atendimento à dimensão social relacionada ao acesso universal preconizado no Brasil. Sendo assim, reverter esse quadro passa pela busca do desenvolvimento da produção inovadora endógena a fim de garantir a sustentabilidade do acesso aos bens da saúde, atender à sociedade brasileira e ampliar possibilidades para atendimento das demandas de países em desenvolvimento, principalmente daqueles que a política externa brasileira vem priorizando sob os laços Sul-Sul.

A esse quadro de vulnerabilidades soma-se a competição assimétrica da indústria nacional, composta por pequenas e médias empresas com estruturas oligopolizadas e multinacionais, que se estabelecem sob a lógica financeira internacional formando uma forte vertente de desequilibrada concorrência.

Múltiplas forças exógenas influenciam a política de saúde pública ⁶. Há de se competir no plano da estrutura industrial, onde se percebe um movimento de concentração de capital e de tecnologia que resulta de interesses internacionais e em imensos conglomerados multinacionais que competem e repartem o mercado mundial da indústria da saúde. Para o autor, o Estado moderno vem sofrendo também ações de múltiplas forças simultâneas. São pressões exercidas por acordos promovidos por agências internacionais, além da diminuição do papel do Estado por conta da expansão da globalização e pela crescente influência de organizações não-governamentais. Tudo isso reflete na condução das políticas de saúde pública.

Logo, dados o novo caráter e o peso cada vez maior das relações econômicas transnacionais, a ação do Estado tende a ficar cada vez mais constricta. Sendo assim, a globalização provoca interdependência entre as economias nacionais que, em função das estratégias governamentais, podem levar as nações à consolidação ou à vulnerabilidade externa ⁷. Isto é, com a globalização, há uma perda da capacidade do mesmo em conduzir seus objetivos políticos de maneira autônoma, ficando cada vez mais subordinado às exigências da economia global “desmantelando-se arranjos [característicos do] Estado-Sociedade”.

Esta questão afeta desproporcionalmente países em desenvolvimento, de forma desfavorável, em dois aspectos marcantes: o primeiro refere-se às

dificuldades de governança, governabilidade e de harmonização institucional dentre o bloco desses países, ocasionando, sobre os mesmos, uma perda na autonomia na tomada de decisão que deixa de se pautar por prioridades nacionais sem que haja, entretanto, contrapartida do fortalecimento regional; o segundo aspecto, em parte decorrente do anterior, refere-se ao desequilíbrio geopolítico na definição das prioridades da agenda global da saúde.

Numa perspectiva de fortalecimento da saúde pública, a globalização enfatiza oportunidades para a saúde, por meio de uma série de iniciativas globais resultantes da ação entre países. Apesar das diferenças de força observadas entre os atores globais, o resultado de alianças e coalizões intergovernamentais e com outros atores da sociedade civil tende a fortalecer a incorporação de temas importantes para a agenda nacional de saúde de países menos desenvolvidos em debates globais e na formação da agenda de saúde global ⁸.

Assim sendo, as mudanças percebidas no estabelecimento das prioridades para a tomada de decisões das políticas públicas em saúde têm sido, fundamentalmente, um reflexo das circunstâncias nacionais e do que a saúde precisa. Este posicionamento destaca a potencialidade de fortalecimento da voz política dos interesses de nações menos desenvolvidas, mesmo que em condições assimétricas de influência sobre a agenda.

Diante do exposto, a saúde ultrapassa as fronteiras nacionais e promove caminhos internacionais. Isso posto, em que pese não terem sido observados ganhos suficientes que alterassem o peso brasileiro no contexto mundial até o final do Século XX ⁹, há fortes evidências de mudança notadamente no contexto da saúde, em que a política externa brasileira vem apresentando mudança na sua atuação no cenário internacional, particularmente a partir da primeira década do Século XXI. [⁶]

Nesse sentido, ganha a saúde um papel internacional que integra e articula o Ministério da Saúde e o Ministério das Relações Exteriores. A saúde, portanto, se relaciona com o processo de globalização, com a diversificação de

⁶ Daí ter sido escolhida a primeira década do Século XXI como recorte temporal desta tese de doutorado.

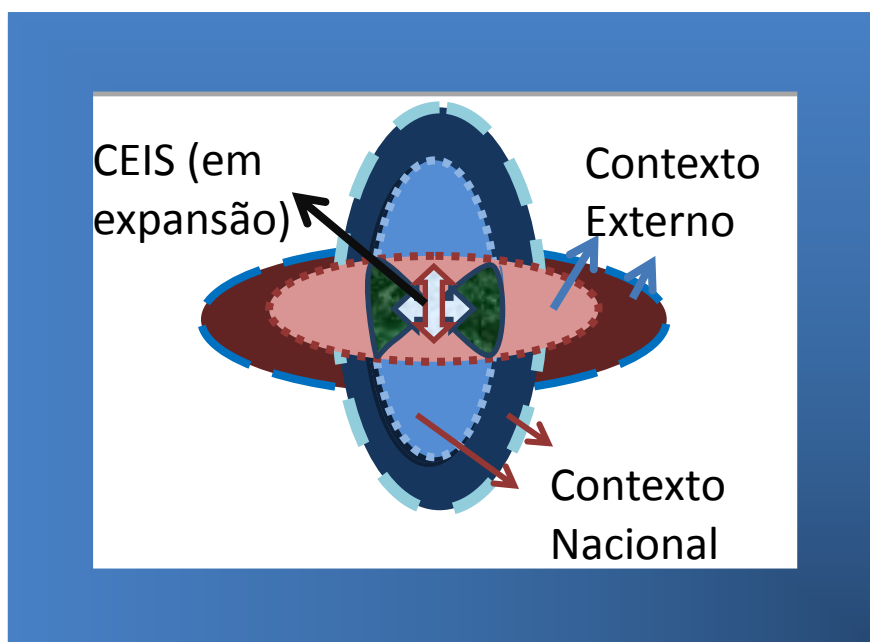
mercados, com a geopolítica internacional, com a soberania nacional e com a solidariedade internacional, principalmente com os países do Sul.

Vale destacar que, sob o enfoque das cooperações Norte-Sul e Sul-Sul, a saúde nos torna, simultaneamente, parceiros receptores e doadores. O CEIS, nessa relação dual, ganha caráter estratégico para a consolidação das cooperações internacionais. Considerado como área estratégica de Estado, o CEIS, quando fortalecido e consolidado, e nesse sentido a cooperação Norte-Sul é fator determinante [7], representa forte impacto no desenvolvimento socioeconômico do País e de países cuja busca é semelhante a do Brasil, alargando o alcance do exercício diplomático brasileiro, da sua projeção no cenário externo e no fortalecimento das cooperações estruturantes no âmbito dos países do Sul.

Ao mesmo tempo em que um país precisa ampliar o seu acesso a novos mercados e a novos conhecimentos, precisa também obter espaço para a condução das suas políticas públicas. Situação essa enfatizada na medida em que a capacidade de produção de bens de saúde - contextualizado o impacto do CEIS na geração de inovação e a relação desta com a competitividade em cenário global – acaba se configurando como pré-condição para legitimar e fortalecer o aspecto soberano de uma nação na nova arena geopolítica. Essa situação pode ser refletida na figura 1 a seguir que representa o impacto na expansão do desenvolvimento nacional e por consequência na expansão da atuação do País no cenário internacional quando o CEIS se expande. Representa, portanto, a relação direta do fortalecimento e da consolidação do CEIS sobre o desenvolvimento nacional e a expansão da atuação do País no cenário internacional.

⁷ Não é pretensão desta tese analisar e/ou aprofundar discussões acerca do contexto da saúde nas relações Norte-Sul, a despeito da grande importância do tema. Requerer-se-ia um aprofundamento que demandaria uma abordagem distinta para a tese ora apresentada. Nesse sentido, para este estudo optou-se pela abordagem das cooperações Sul-Sul.

Figura 1: Representação do Impacto do CEIS em expansão



Elaboração própria

Entretanto, há de se considerar que a inter-relação das políticas nacionais com as relações internacionais encerra desafios diversos enfrentados no mercado nacional, que não são ultrapassados sem que se cumpra uma agenda de transformações internas, como pré-condição ou consequência da exposição aos mercados externos. As transformações daí decorrentes trazem uma evolução tecnológica e uma forte consolidação da gestão política estratégica, preparando o País para um papel destacado no contexto geopolítico internacional.

Parte-se, portanto, a priori, da defesa da idéia de que as influências exercidas por intermédio do papel do Estado voltado para a consolidação de um sistema de inovação dinâmico com efeitos diretos no desenvolvimento do Brasil e na soberania nacional têm relação direta com a inserção ativa do País no contexto das suas relações internacionais.

Sob essa abordagem, a agenda de inserção soberana na área da saúde é observada no CEIS e é sob essa perspectiva, inclusive, que se busca o enfrentamento da relação econômica e de poder assimétrico no contexto da geopolítica internacional.

A relevância do presente estudo, dada a assimetria tecnológica global, pauta-se, portanto, no esforço para subsidiar um enfoque teórico alternativo que incorpore a retomada do papel do Estado nacional na dinâmica da transformação socioeconômica e da inovação na área da saúde no Brasil, fundamentado pela relação de poder existente entre o Estado soberano, a dinâmica da sua política externa e o contexto da globalização nas relações internacionais.

Em sequência, este estudo está dividido em cinco capítulos, além desta introdução que inclui objetivos, hipótese, desafios e limitações e procedimentos de pesquisa e das considerações finais.

O Capítulo I dialoga com duas das abordagens teóricas das Relações Internacionais que pautam temas como direitos humanos e sociedade, além de políticas econômicas e de poder. A discussão posiciona o Estado na abordagem da Sociedade Internacional e na abordagem da Economia Política Internacional, em que a perspectiva humanitária tem como contraponto a complexidade das relações econômicas internacionais.

Em seguida, no Capítulo II, são apresentados argumentos que justificam a inserção do Estado, com papel destacado, no processo de retomada do seu papel estratégico para o desenvolvimento nacional sob a perspectiva das relações internacionais, a partir da globalização e das condições econômicas e produtivas assimétricas daí decorrentes.

O Capítulo III descreve a saúde sob a perspectiva da inserção brasileira no contexto internacional da saúde. Identifica a importância recém-estabelecida pelos contornos estratégicos da política externa brasileira na conformação e estruturação da agenda Sul-Sul em saúde. Destaca a prioridade dada pela política externa do País às cooperações junto às nações do Sul, notadamente nas relações bilaterais, triangulares e/ou multilaterais com países do Mercosul, da Unasul e da CPLP, considerados como prioritários no contexto das relações internacionais do Brasil.

O Capítulo IV fundamenta a relação virtuosa entre saúde e desenvolvimento por meio da consolidação do Complexo Econômico-Industrial

da Saúde - CEIS a partir do pilar de sustentabilidade estratégica da inovação. Descreve como o movimento brasileiro de desenvolvimento nacional no contexto do CEIS dialoga com a agenda internacional na relação entre os países do Sul, notoriamente com os países africanos, países da América Latina e da América Central. O texto apresenta argumentos que defendem que, tanto em âmbito interno quanto externo, o CEIS representa para a saúde a oportunidade de reduzir as vulnerabilidades decorrentes da relação assimétrica de poder e de conhecimento, além de favorecer condições de cooperação e de fortalecimento de países com base em desenvolvimento estruturante e integrador. Destaca o entendimento de que, no âmbito da saúde, o CEIS se estabelece como um campo privilegiado para o exercício do papel dos Estados nacionais, da hegemonia no campo da ciência e da tecnologia da saúde e da consolidação dos contornos estratégicos da cooperação internacional em saúde – sob as perspectivas da assistência humanitária e da cooperação técnica internacional.

Finalmente, em seguida, o capítulo V retrata as principais consequências do movimento da cooperação internacional em saúde na política externa brasileira, identificando e descrevendo o comportamento do País no plano externo quanto às ações relacionadas à saúde e às cooperações internacionais Sul-Sul promovidas, principalmente, pela Fundação Oswaldo Cruz, Instituição Estratégica de Estado na área da saúde. Ações essas especificamente ligadas ao CEIS e sugerindo-o como diferencial representativo para a consolidação da política externa e para a conformação de mecanismos de assistência humanitária internacional e de desenvolvimento das capacidades produtivas das nações do Sul, ressaltando-se, sob essas bases, potencialidades e desafios para inserção ativa do Brasil no contexto da geopolítica internacional.

Este estudo, portanto, tem no Complexo Econômico-Industrial da Saúde a liga que perpassa e articula todos os capítulos, promovendo a dimensão social e humana, a dimensão política, a dimensão econômica e a dimensão das relações internacionais, com elementos que provocam desdobramentos na

discussão que segue no decorrer desta tese. Elementos esses que passam por questões relacionadas à globalização e localização, vulnerabilidades, assimetrias, soberania, Estado de Bem-estar e articulações público-privadas.

Objetivo Geral:

A análise e a compreensão da inter-relação entre o papel do Estado e a política externa brasileira no contexto da Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, particularmente no que se refere ao Complexo Econômico-Industrial da Saúde, conduzem-nos a conhecer as relações intrínsecas entre o nacional e o internacional, de forma a compreender, inclusive, o processo de inserção soberana do País na geopolítica internacional, notadamente junto às Nações do Sul.

Portanto, diante do exposto, o objetivo geral do presente trabalho é o de subsidiar a construção de uma abordagem teórica que incorpore a relação de influência mútua entre as agendas interna e externa na correlação do poder, da Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde direcionada para o CEIS e da política externa brasileira focada na relação de cooperação estruturante entre países do Sul. Busca-se, nesse sentido, identificar e analisar como a dependência e o fortalecimento das capacidades produtivas e de inovação em saúde, relacionadas ao Complexo Econômico-Industrial da Saúde - CEIS podem influenciar a relação do Brasil com outros países, especificamente os países do Sul.

Tem como contribuição destacar o processo de articulação entre a dimensão social e a dimensão econômica da saúde em dimensões internacionais em que a vulnerabilidade, que ultrapassa fronteiras, existente em função da dependência do conhecimento e do desenvolvimento tecnológico e inovativo, seja combatida com o fortalecimento da base produtiva tecnológica endógena e com a inclusão dessa questão na diplomacia e nas relações internacionais em saúde, pela via do desenvolvimento nacional e internacional, alicerçada pela ciência e pela tecnologia.

Objetivos Específicos

E os objetivos específicos que nortearam a presente pesquisa são:

1. Relacionar o papel do Estado ao desenvolvimento, sob a perspectiva da inovação, da globalização e das teorias das relações internacionais, na confluência da lógica sanitária e da lógica do desenvolvimento produtivo e econômico;

2. Descrever e analisar a inserção do Brasil no contexto internacional da saúde, notadamente junto aos países do Sul;

3. Destacar as principais consequências do movimento da cooperação internacional em saúde na política externa brasileira, identificando e descrevendo como o movimento brasileiro de desenvolvimento nacional no contexto do CEIS dialoga com a agenda internacional na relação entre os países do Sul, notoriamente com os países africanos, países da América Latina e da América Central;

4. Descrever o comportamento do País no plano internacional quanto às ações relacionadas à saúde, especificamente ligadas ao CEIS, notadamente no que se referem às cooperações internacionais Sul-Sul, identificando a inserção ativa do País no contexto da geopolítica internacional.

Hipótese

O movimento nacional de retomada do papel do Estado nacional, mais claramente observado no início do Século XXI, no tocante ao desenvolvimento e fortalecimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde do Brasil, exerce um determinado nível de influência na inserção soberana do País na geopolítica internacional, em que o CEIS representa para a saúde a oportunidade de reduzir vulnerabilidades provocadas pela relação assimétrica de conhecimento e de poder e de favorecer condições de cooperação e de fortalecimento de países com base em desenvolvimento estruturante e integrador. Nesse sentido, parte-se do pressuposto de que assimetrias de poder, de conhecimento e de tecnologias inseridas no âmbito da política

econômica internacional podem influenciar a agenda da política nacional, ressaltando-se que do papel exercido pelo Estado depende a consolidação do País nessa área, com efetivo protagonismo em processos e ações junto a países de relação Sul-Sul, ou a sua vulnerabilidade externa.

Limitações e Desafios

Em função da grande abrangência do contexto internacional e das diferenças do papel exercido pelo Brasil nos diferentes contextos, optamos por limitar o escopo do presente estudo às cooperações Sul-Sul. Tal opção se dá em função da cada vez maior importância estratégica que essa relação vem recebendo nas últimas décadas, notadamente junto aos países em desenvolvimento do Hemisfério Sul, tanto por conta do protagonismo recente dos países emergentes de renda média no cenário da cooperação internacional, como é o caso do Brasil, assim como quanto à perspectiva de maiores benefícios provenientes de uma relação de maior equilíbrio que é vislumbrado na cooperação entre pares, e também por conta das restrições centralizadoras por parte dos países desenvolvidos na prática da cooperação Norte-Sul ¹⁰.

Algumas dificuldades foram observadas a partir do presente estudo, representando desafios a serem ultrapassados.

O tema saúde é transversal a outros temas como ciência e tecnologia e localiza-se junto a outras áreas, tais como: comércio, investimento, propriedade intelectual, meio-ambiente e trabalho, o que justifica a necessidade de se estabelecer espaços de articulação e coordenação integrada.

Além disso, a complexidade das ações relacionadas à governança da saúde global, em que se almeja a concentração de idéias comuns e sinergias para aperfeiçoar resultados, aumenta o desafio de tornar estratégica a definição do valor agregado de cada iniciativa regional e/ou inter-regional. Afinal, a dispersão e a fragmentação das iniciativas espalham ineficiências.

Quanto à disponibilidade de informações, percebeu-se que as fontes oficiais disponíveis para divulgação das ações relacionadas à saúde na política externa fornecem informações generalizadas e dispersas. Não há uma linha temporal para as informações disponíveis. Além disso, os dados fornecidos são datados de forma intermitente (com maior representatividade nos últimos cinco anos), não sendo observados critérios e indicadores norteando as informações oferecidas, o que representa um óbice no diagnóstico ampliado e comparativo.

Por conta da recente importância dada ao tema, a análise dos resultados também fica limitada, uma vez que há poucos estudos analíticos relacionados aos temas de forma integrada, o que compromete a avaliação fidedigna quanto aos resultados efetivamente alcançados diante dos almejados. Faz-se necessário, portanto, um período maior para que ações formuladas e implementadas possam ser consolidadas, dadas as características produtivas do CEIS, e os respectivos resultados serem avaliados em sua relação com a efetiva diminuição das vulnerabilidades tecnológicas e sociais, atualmente existentes, dentro do contexto nacional, regional e/ou inter-regional.

Em análise junto ao material disponibilizado no portal do Itamaraty, observou-se que a saúde não é evidenciada nos respectivos relatórios governamentais notadamente no que se refere às questões relacionadas à cooperação triangular. São divulgadas de forma mais extensiva ações cuja relação esteja predominantemente relacionada a temas como segurança alimentar e ao meio-ambiente. Essa exposição ainda incipiente pode ser reflexo da importância recém-adquirida pelo tema da saúde nas questões relacionadas à política externa brasileira.

Destaca-se que este trabalho não tem a pretensão de esgotar o tema em questão, tampouco é conclusivo em si mesmo, caracterizando uma pesquisa de natureza exploratória. Oferece, entretanto, dada a contemporaneidade do tema, subsídios para novas linhas de pesquisa, ampliando alternativas para novos campos de discussão. Apresenta referências e indicações para reflexões quanto ao desenvolvimento científico tecnológico como um método apropriado para enfrentar questões complexas como a saúde inserida no contexto das relações internacionais.

Metodologia da Pesquisa

Procedimentos de pesquisa

Este estado está baseado em pesquisas documentais e descritivas, de natureza exploratória. São propostos elementos analíticos que visem à compreensão do processo de articulação entre as dimensões social, econômica da saúde e internacionais, com base na relação da retomada do papel do Estado, buscando-se incorporar essa relação às dimensões da diplomacia e das relações internacionais em saúde.

Para este trabalho, cujo foco norteador foi a busca por uma nova compreensão e visão de um campo em rápida transformação ¹¹, optou-se pela realização do estudo da literatura com base na pesquisa bibliográfica e documental, isto é, em informações disponibilizadas em publicações, livros, artigos, legislações e periódicos, além de relatórios divulgados em *sites* especializados e *sites* governamentais, acrescido da análise das apresentações disponibilizadas sobre o tema.

A revisão de literatura bibliográfica teve como objetivo apontar e explorar os principais elementos conceituais, além de promover a reflexão sobre os mesmos.

As seguintes estratégias foram utilizadas para a seleção do material bibliográfico:

- Os bancos de dados e os editores de informação científica utilizados no levantamento das informações bibliográficas foram o MEDLINE, o PUBMED, o LILACS, o SCIELO e o *Oxford Journal*. Foi também utilizado o Google Acadêmico, além de ter sido feito um levantamento das publicações das agências internacionais de maior representatividade para o tema em questão: OMS/WHO (Organização Mundial da Saúde / *World Health Organization*) e OPAS/PAHO (Organização Panamericana de Saúde / *Panamerican Health Organization*).
- A seleção dos descritores (Ver Anexo I) foi feita junto à lista de Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).
- Foram escolhidos, também, os seguintes termos: Relações Internacionais – (*International Relation*); Relações Internacionais em Saúde

(*Health International Relation*); Brasil (*Brazil*); Defesa (*Defense*); Globalização (*Globalization*); Diplomacia (*Diplomacy*); Soberania (*Sovereignty*); Diplomacia em Saúde Global (*Global Health Diplomacy*); Complexo Industrial da Saúde (*Health Industrial Complex*); Inovação (*Innovation*); Produção (*Production*); Economia (*Economy*); Desenvolvimento Econômico (*Economic Development*); Saúde (*Health*); Cooperação Sul-Sul (*South-South Cooperation*); Cooperação Técnica Internacional (*International Technical Cooperation*); Cooperação Triangular (*Triangular Cooperation*); Brasil-CPLP; Brasil-Unasul Saúde; Brasil-Mercosul; Brasil-Africa; Brasil-América Central, dentre outras. Apesar destas expressões não se encontrarem descritas na Biblioteca Virtual em Saúde, foram utilizadas para o refinamento da procura nos diversos bancos consultados.

- Foram utilizados, também, recursos na estratégia de busca, tais como “\$” (para palavras no idioma português) e “*” em determinadas palavras (em inglês) para expandir as suas derivações, tais como, por exemplo: produ\$ ou produ* que resultaram em mais ofertas de artigos como as palavras produção, produções, produtivos etc.

O período de análise foi definido em função do contexto histórico contemporâneo em que se evidencia a agenda política de fortalecimento da ciência, da tecnologia e da inovação em saúde, em que ganha contorno estratégico a formulação de políticas nacionais focadas para o fortalecimento do CEIS, abarcando, nesse caso, o final da década de 90 até 2008, limite esse dado em função da transição para uma nova gestão governamental no Brasil, a despeito da manutenção do partido político até então vigente. Questões históricas e políticas e situações mais contemporâneas, obviamente, alargaram o período definido em função da necessidade de contextualizar, em determinados focos, a construção da agenda e da arena política, seja em âmbito nacional ou internacional.

Todos os descritores foram utilizados na busca por publicações que fossem relacionados ao objeto deste artigo. Entretanto, vale ressaltar que nem todos renderam materiais, ora por conta da especificidade dos bancos de dados e editores de informação científica, ora pela forma como foram associados os descritores na ferramenta de busca. Portanto, não houve regularidade no uso dos mesmos descritores para todas as fontes. Entretanto, as buscas pautaram-se, principalmente, na associação dos descritores

“Cooperação Internacional”, “Cooperação Internacional em Saúde”, “Cooperação Sul-Sul”, “relações internacionais”, “diplomacia”, “políticas de saúde”, Brasil, indústria, inovação, tecnologia, globalização, economia, desenvolvimento e/ou soberania. Ademais, optou-se pela interface do material coletado através da sua convergência aos temas Relações Internacionais e Saúde, Complexo Econômico-Industrial da Saúde e Políticas Nacionais em Saúde, não necessariamente vinculados entre si.

Portanto, foram selecionadas e usadas fontes primárias e secundárias para a obtenção de dados qualitativos a fim de subsidiarem a investigação interpretativa em que fosse possível entender uma situação atual ou uma interação específica ^{12,13}, aprofundando o conhecimento da realidade.

Além de documentos nas formas de legislação (Leis, Decretos, Normas etc.), de documentos oficiais e administrativos – ministeriais (referentes aos Ministérios da Saúde, das Relações Exteriores, do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, da Ciência, Tecnologia e Inovação e do Planejamento, além da Presidência da República e os principais institutos das estruturas ministeriais, tais como Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e documentos e tratados internacionais, foram selecionados livros e revistas especializadas, entrevistas e reportagens disponibilizadas em jornais e revistas nacionais e internacionais, além de apresentações em fóruns especializados disponibilizadas, com amplo acesso pela web, por atores de relevância na temática em questão. Optou-se, inclusive, pela análise do conteúdo das apresentações e pelo tratamento interpretativo do material bibliográfico e documental.

Ao material bibliográfico e documental foi direcionado tratamento interpretativo, cabendo às apresentações, análise do seu conteúdo.

CAPÍTULO I – RELAÇÕES INTERNACIONAIS

1. Introdução

Temas clássicos como riqueza e pobreza, cooperação e conflito, paz e guerra sempre pautaram as análises teóricas das Relações Internacionais- RI, não se esgotando em cada debate apresentado. São, na verdade, um diálogo inesgotável entre as diversas teorias [8] ^{14,15,16}. Ora enfatizando a anarquia e a política de poder, inclusive o econômico, ora enfocando a sociedade e o direito internacional, ora destacando o humanitarismo, os direitos humanos e a justiça humana.

A interdependência, a integração e a democracia, a anarquia e a balança do poder, portanto, estão no centro do debate das Relações Internacionais. Nessa arena, traz-se para a discussão deste estudo a abordagem da Economia Política Internacional – EPI que tem nos neomarxistas alguns dos seus principais teóricos, expandindo a área das Relações Internacionais em direção às questões econômicas, às relações entre política e economia, entre Estados e mercados em âmbito mundial e introduzindo problemas distintos e complexos de países em desenvolvimento.

Por outro lado, além da perspectiva da abordagem da EPI, há de serem consideradas, também, as complexas relações sociais que vinculam indivíduos e Estados, a existência da prioridade da sociedade global, principalmente no que se refere ao aspecto moral, associada à responsabilidade global pelas necessidades humanas, pelos direitos humanos e pelo meio ambiente. Nesse sentido, apesar de o presente estudo não ter a pretensão de aprofundar o debate entre as teorias e/ou abordagens das Relações Internacionais, vale destacar as principais características da abordagem da Sociedade Internacional - SI, dado o fato de que a área da saúde, objeto da presente

⁸ Ver Jackson e Sorensen, 2007¹⁴; Nogueira e Messari, 2005¹⁵; Oliveira e Ri Junior, 2003¹⁶.

análise, perpassa também pelos princípios kantianos [9], com base nas características de uma sociedade mundial solidarista.

2. A Abordagem da Sociedade Internacional

A abordagem da Sociedade Internacional traduz as relações internacionais como uma sociedade de Estados soberanos onde a arte da política é desenvolvida por estadistas especializados, caracterizada pela confiança explícita no exercício do julgamento¹⁸ cujas principais funções são a promoção e a preservação da ordem internacional, com justiça internacional.

Parte-se do pressuposto de que as relações internacionais fazem parte das relações humanas. No tocante às escolhas morais, a Sociedade Internacional apresenta dilemas de responsabilidades necessárias em três níveis distintos, que não são excludentes entre si, sob pena de se subestimar a complexidade das Relações Internacionais. O principal desafio consiste no atendimento de todas elas: a nacional, a internacional e a humanitária^{19,14}. Portanto, na concepção dos autores:

- A primeira seria a responsabilidade nacional, isto é, “devoção à própria nação e ao bem-estar de seus cidadãos” – nesse caso, os “países não têm obrigações internacionais que precedam seus interesses nacionais. Assim, o direito internacional e as organizações internacionais são simplesmente considerações instrumentais na determinação do interesse nacional dos Estados” [10].

⁹ Idealista, Immanuel Kant (1724 – 1804) levou a perspectiva universalista a um desenvolvimento extremo. Conforme Castro (2005, p., 67- 77)¹⁷, para Kant (1971, p. 255): não existe nenhum conflito entre moral e política, “a verdadeira política (...) não pode dar um passo sem antecipadamente ter prestado homenagem à moral”, significando que “toda política está obrigada a dobrar os joelhos diante do direito (...)”.

¹⁰Nesse caso, os políticos são responsáveis pelo bem-estar de seus cidadãos: obrigação de proteger”. As considerações a seguir são características de um sistema de Estados autônomos – âmbito do realismo, cuja concepção dá origem aos preceitos de Maquiavel: “priorizar sua nação e seus cidadãos; afastar riscos desnecessários com respeito à segurança e ao bem-estar; colaborar com outros países quando vantajoso ou necessário, evitando complicações externas; somente submeter a população à Guerra quando absolutamente essencial”. Ver Jackson e Sorensen, 2007¹⁴.

- A segunda é a responsabilidade internacional, isto é, “respeito pelos interesses legítimos, pelos direitos de outros Estados e pelo direito internacional”. Nessa concepção, “os políticos têm obrigações externas originadas da participação de seus Estados na Sociedade Internacional” [11].
- Já a terceira, a responsabilidade humanitária, fundamenta-se no “compromisso com os direitos humanos, não só em seus próprios países, mas em todo o mundo” [12].

Como declarado anteriormente, não há vencedor tampouco perdedor no tocante às abordagens que procuram analisar as relações internacionais. São os contextos históricos que confirmam ou rejeitam as teorias defendidas por cada uma das abordagens. Mantendo-se, inclusive, um diálogo interminável entre as distintas teorias.

Entretanto, a fim de vincular o debate entre os teóricos da Economia Política Internacional e os defensores da abordagem da Sociedade Internacional [13], vale destacar a principal crítica dos teóricos da EPI: a abordagem da Sociedade Internacional ignora a economia e o Terceiro Mundo

¹¹ Nesse caso, direitos e obrigações são definidos pelo direito internacional e desempenham papel fundamental nas relações internacionais. Têm-se os Estados não como entidades isoladas e, sim, relacionando-se uns com os outros e constituindo soberania externa por meio da prática de reconhecimento, de diplomacia, de comércio etc. a partir das quais extraem importantes direitos e benefícios. São independentes das obrigações nacionais e simultaneamente as complementam. Esse padrão de avaliação das políticas externas tem como base os “preceitos grotianos”. Preceitos esses relacionados à uma “sociedade pluralista de Estados com base no direito internacional – no racionalismo”: “ser um bom cidadão da sociedade internacional; reconhecimento de que outros Estados têm direitos e interesses legítimos dignos de respeito; agir com boa intenção; cumprir o direito internacional e respeitar as leis de Guerra”. Ver Jackson e Sorensen, 2007¹⁴.

¹² Base de padrão cosmopolita de política responsável pelos direitos humanos que ultrapassa a responsabilidade internacional, derivando da obrigação humana: “antes de sermos cidadãos de um Estado e membro de seu governo, somos seres humanos”. Esse padrão é pautado nos princípios kantianos. Com características de uma sociedade mundial solidarista com base na comunidade humana – no revolucionismo: “todos são seres humanos; respeito aos direitos humanos; abrigo aos perseguidos; assistência aos necessitados de ajuda material; no caso de guerra, ter misericórdia com os não-combatentes”. Ver Jackson e Sorensen, 2007¹⁴.

¹³ Para aprofundamento das críticas a essa abordagem, ver Jackson e Sorensen, 2007¹⁴. Para os autores, no que se refere aos teóricos do realismo, há pouca evidência de normas internacionais como determinantes do comportamento e da política estatal, onde há predominância de interesses distintos. Já os liberais justificam que a tradição da Sociedade Internacional subestima a política nacional, ignorando o progresso da política internacional e a democracia.

[¹⁴], não conferindo o necessário peso à luta competitiva entre os Estados nacionais, sendo incapaz de justificar as relações econômicas internacionais.

Pode-se questionar também o fato de que a abordagem da Sociedade Internacional negligencia as complexas relações sociais que vinculam indivíduos e Estados ¹⁴. Não considera o fato de que há prioridade da sociedade global, notadamente no aspecto moral ¹⁴ (p. 233): “sobre a sociedade de Estados e está associada à responsabilidade global pelas necessidades humanas, pelos direitos humanos e pelo meio ambiente, sem levar em consideração a jurisdição estatal nem as fronteiras internacionais”. Inclusive tampouco considera a “sociedade mundial” que existe por meio de relações sociais inerentes à produção e à troca global de produtos básicos, da cultura global e da comunicação de massas, e do desenvolvimento cada vez mais amplo da política mundial.

E é no sentido de se agregar à perspectiva humanitária da Sociedade Internacional com a complexidade das relações econômicas internacionais, considerando notadamente os países em desenvolvimento, é que daremos continuidade a este trabalho, destacando a abordagem da Economia Política Internacional.

3. A abordagem da Economia Política Internacional -EPI [¹⁵]

A “interdependência econômica – o alto grau de dependência econômica mútua entre os países – é uma característica do sistema estatal contemporâneo” ¹⁴ (p.24). Sob essa perspectiva, a globalização econômica pode ser conceituada como a ocorrência simultânea da expansão dos fluxos

¹⁴ Em que pese a expressão “Terceiro Mundo” cunhada na abordagem das Relações Internacionais – EPI e SI, optaremos neste estudo por adotar a expressão “países em desenvolvimento” dado o novo contexto geopolítico e econômico internacional que abarca o processo de desenvolvimento tanto dos países desenvolvidos quanto dos em desenvolvimento.

¹⁵ Dado o objetivo da presente tese de doutorado, não é pretensão aprofundar a abordagem da EPI nas Relações Internacionais. Entretanto, busca-se destacar suas principais características de maneira que possam ser consideradas e avaliadas no escopo da interação das políticas nacionais com as políticas internacionais, foco do presente estudo. Para maior aprofundamento, ver Gilpin, 1987 ²⁰; Gonçalves, 2003 ²¹; Jackson e Sorensen, 2007 ¹⁴.

internacionais de bens, serviços e capitais; do acirramento da concorrência nos mercados mundiais; e da maior integração entre os sistemas econômicos nacionais ²¹ (p.29).

Na percepção dos primeiros autores, a globalização tanto pode ser considerada positiva, como negativa. Isto é, assim como a expansão do mercado global pode gerar um aumento da liberdade e da riqueza, por meio de maior eficiência, assim como maior produtividade e especialização, além de alternativas de distribuição e meios de distribuição, por outro lado também promove a desigualdade entre os Estados, uma vez que há dominância dos países desenvolvidos, mais ricos e poderosos, detentores de vantagens financeiras e econômicas, além de vantagens de conhecimento e de inovações tecnológicas, países esses que exercem grande influência e, por vezes, dominação junto aos países, normalmente mais pobres e fracos, que não são possuidores dessas vantagens.

Portanto, o processo de globalização resulta em um sistema complexo de interdependências entre economias nacionais. E, nesse caso, segundo Ramonet ²¹, a interdependência apresenta-se assimétrica, “de tal forma que se pode falar de ‘vulnerabilidade unilateral’ por parte da grande maioria de países do mundo, que têm uma capacidade mínima de repercussão em escala mundial” (p. 20). O que nos remete ao conceito de poder no sistema internacional ²¹ (p.20): “o poder efetivo é inversamente proporcional à vulnerabilidade externa” [¹⁶], isto é:

“quanto mais elevada a probabilidade de um ator social, sujeito político ou agente econômico realizar a sua própria vontade ou resistir a pressões, fatores desestabilizadores e choques externos, maior é o seu poder efetivo no sistema internacional”. (p.20)

No caso do sistema internacional, quanto à tipologia das formas de poder, esta pode ser classificada de várias formas de poder conforme os meios de que se serve o “sujeito ativo sobre o passivo” ²³ (p. 955-7). Isso posto,

¹⁶ Vulnerabilidade externa “expressa a capacidade de resistência das economias nacionais a pressões, fatores desestabilizadores ou choques externos em função das opções de resposta com os instrumentos de política disponíveis e dos custos de enfrentamento ou de ajuste diante dos eventos externos” ²² (p.19).

distingue-o em três grandes classes: o poder ideológico, o poder político e o poder econômico.

Para o autor ²³, o poder ideológico é o que “se baseia na influência que as idéias formuladas de certo modo, expressas em certas circunstâncias, por certa pessoa investida de certa autoridade e difundidas mediante certos processos, exercem sobre a conduta dos consociados” (p. 955). É o sentido do poder das idéias, dos valores e dos ideais. O poder também perpassa pelo conceito de hegemonia ²² (p.21). O autor cita Gramsci (1971) ao distinguir que enquanto o centro de irradiação do poder político é o Estado, o de irradiação do poder cultural-ideológico é a sociedade civil. Isto é, “enquanto o poder político envolve o aspecto da coação, o poder ideológico tem o aspecto da submissão via consentimento. Ou seja, o poder assenta-se em dois pilares: coação e consentimento” (p.21).

No que se refere ao poder político, este “se baseia na posse dos instrumentos mediante os quais se exerce a força física (...): é o poder coator no sentido mais estrito da palavra” ²³ (p.955). Todavia, o exercício do poder não se limita exclusivamente à coação por meio do uso da força ²² (p.20):

“o poder pode derivar da ameaça e da legitimidade e, portanto, dispensar o uso da força e da violência. A legitimidade, por seu turno, pode derivar da tradição e do carisma, ou ter um fundamento racional-legal (...). Nesses casos, o poder baseia-se no consentimento, e não na coação ou na violência”

O conceito do poder econômico ²³ (p.955), “é o que se vale da posse de certos bens, necessários ou considerados como tais, numa situação de escassez, para induzir aqueles que não os possuem a manter um certo comportamento”. No que se refere aos meios de produção, o autor declara que aí “reside uma enorme fonte de poder para aqueles que os têm em relação àqueles que os não têm” (p.955).

São, portanto, essas três grandes classes de poder, o ideológico, o político e o econômico, relacionados ao sistema internacional, que fundamentam e mantêm uma sociedade de desiguais.

E sob as perspectivas das classes de poder, o mercado moderno, inserido no sistema internacional, apresenta-se estruturado em normas políticas, isto é, em regras e regulamentos políticos que garantem o seu funcionamento. Entretanto, a força econômica, nesse cenário, tem um valor importante que se soma ao poder político. Dessa forma, considerando que a economia é a busca da riqueza e a política [17] é a do poder, as duas têm uma interação complexa e difícil.

No contexto internacional, portanto, a essência da Economia Política Internacional está na base dessa interação complexa entre política e economia, entre Estados e mercados ^{14,20,24}.

Logo, a EPI é considerada como área do conhecimento cujo objeto de estudo nas RI é “o impacto da economia mundial de mercado sobre as relações dos Estados e as formas pelas quais os Estados procuram influenciar as forças de mercado para sua própria vantagem” ²⁰ (p.24).

Entretanto, há de se transcender a articulação entre Estado e mercado ²² (p.10). Para o autor, a EPI é, antes de tudo, um método de análise, que não deve limitar-se à interação entre o Estado e o mercado:

“A EPI é um método de análise que tem como foco a dinâmica do sistema econômico internacional em suas distintas esferas e dimensões, que resulta das decisões e ações de atores nacionais e transnacionais, cuja conduta é determinada por fatores objetivos e subjetivos” (p.10).

Nesse sentido, relações, processos e estruturas compreendem a dinâmica do sistema econômico internacional¹⁸, conforme apresentado na figura 2 abaixo:

¹⁷ O conceito de Política, entendida como “uma forma de atividade ou de práxis humana, está estreitamente ligado ao de poder” ²³ (p.954). Para o autor, este tem sido tradicionalmente definido como “consistente nos meios adequados à obtenção de qualquer vantagem ou analogamente como conjunto dos meios que permitem alcançar os efeitos desejados”.

¹⁸ A interação de variáveis no sistema internacional se expressa num “conjunto integrado de relações, processos e estruturas”. A relação é um “ato de natureza determinada envolvendo pelo menos dois atores de diferentes nacionalidades ou atores transnacionais” ²². O processo expressa a “evolução, a sucessão de estados ou mudanças causada pelas relações entre atores”. A estrutura significa a “disposição e ordem das partes de um todo”. Para maior aprofundamento ver Gonçalves (2005) ²².

Figura 2: Sistema Econômico Internacional – Esquema Analítico Básico



Fonte: Gonçalves (2005:12) ²²

As esferas relacionadas nessa dinâmica são a comercial, isto é, o “comércio transfronteiriço de bens e serviços, bem como do deslocamento internacional de consumidores de um país para acessar produtos (bens e serviços) no mercado de outro país”; a produtiva-real, ou seja, o “deslocamento de produtores de bens e serviços de um país para outro via investimento externo direto”; a monetária-financeira, que se refere “aos fluxos de capitais internacionais na forma de empréstimos, financiamento e investimentos”; e, finalmente, a tecnológica que envolve “a transferência internacional de ativos intangíveis e conhecimento”, tratando-se também dos “direitos de propriedade intelectual e industrial e de know-how” ²² (p.18).

E as dimensões em que ocorre a dinâmica são a bilateral, envolvendo dois atores de diferentes nacionalidades ou atores transnacionais; a plurilateral, quando pelo menos três atores estão interagindo (por exemplo: relações comerciais no contexto do Mercosul); e a multilateral, “envolvendo todos ou

praticamente todos os principais atores”, como exemplo a interação dos governos no âmbito da Organização Mundial do Comércio – OMC.

Quanto aos atores nacionais e transnacionais, podem ser “estatais, paraestatais e não-estatais”.

Determina-se a questão relacionada à conduta dos atores por fatores objetivos, “como os interesses materiais (geração de riqueza) e políticos (geração de poder)”, e também por fatores subjetivos, “com destaque para os valores e os ideais”.

Dessa forma, cria-se um diferencial para o enfoque da EPI, associando-se a análise econômica e política à apreciação ideológico e cultural, mais pertinente ao campo social. Procura-se, portanto, identificar as motivações da ação dos atores que operam no sistema internacional.

Somadas às motivações, autores como Susan George (1988) e J.C. Santos (2000) citados por Gonçalves ²² (p.15) incorporam aos sistemas político, cultural e econômico, estruturas de poder na economia mundial: “produção, financeira, segurança e conhecimento” e “ciência e técnica”, respectivamente. Os primeiros, produção e financeira, são tratados como esferas específicas do sistema econômico internacional, juntamente com a esfera comercial e tecnológica. No que diz respeito aos dois últimos, ciência e técnica, são reconhecidos como parte dos sistemas econômico e político ²².

Ganha destaque, nesse sentido, a interdependência [¹⁹] entre a Ciência e a Técnica e a economia e Política ²²:

“De fato, é difícil compreender a dinâmica dos processos de desenvolvimento científico e de inovação tecnológica nos países desenvolvidos sem levar em conta as estratégias e as políticas dos Estados-nacionais²⁰, tanto no que se refere ao desenvolvimento econômico quanto à estratégia de defesa nacional” (p.16).

¹⁹Interdependência essa que será detalhada no Capítulo II do presente estudo.

²⁰ Estado-nacional: “tipo de Estado que possui o monopólio do que afirma ser o uso legítimo da força dentro de um território demarcado, e que procura unir o povo submetido a seu governo por meio da homogeneização, criando uma cultura, símbolos e valores comuns, revivendo tradições e mitos de origem ou, às vezes, inventando-os” (Guibernau, 1997, p56 *apud* Gonçalves, 2005, p 29) ²².

A despeito de Gonçalves ²² (p.8) considerar que a EPI não se constitui num campo teórico específico e, sim, num método ou enfoque analítico, para o presente estudo será considerado a abordagem da EPI de maneira que se procure analisar as relações internacionais a partir da interação entre as ciências da Economia e da Política, mesmo que não seja a pretensão deste trabalho aprofundar essa análise e, tão somente, apresentar uma breve introdução acerca da temática.

Assim posto, destacando-se, por ora, tanto a perspectiva política quanto a perspectiva econômica no âmbito da EPI como primordiais na análise da globalização econômica, ou seja, na difusão e na intensificação de todos os tipos de relações político e econômicos entre os países, tem-se relação com as principais classificações tradicionais das abordagens das Relações Internacionais, isto é, com o nacionalismo ou realismo, o liberalismo e o marxismo. Essas relações serão apresentadas a seguir, mas vale o destaque que, para o presente estudo, dado o nosso interesse sobre os países em desenvolvimento, será destacada a “abordagem marxista da EPI”.

De maneira resumida e simplificada, podemos diferenciar essas teorias da EPI da seguinte forma:

Quadro 1: Principais Teorias da EPI

<p>Para a visão realista</p> <p>(também conhecido por mercantilismo ou nacionalismo econômico)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A economia está subordinada à política. A atividade econômica deve se dedicar à “construção de um Estado forte e ao apoio do interesse nacional”. ✓ É um instrumento da política, uma base para o poder político. ✓ Nesse contexto, “a economia internacional é uma arena de conflito entre interesses nacionais opostos ao invés de uma área de cooperação e ganho mútuo”¹⁴. ✓ A criação da riqueza é a “base necessária para aumentar o poder do Estado”. A riqueza exerce a base primordial para se alcançar a segurança e o bem-estar nacionais. O poder político, nesse caso, funciona como sustentação de uma economia mundial liberal, isto é, “sem um poder hegemônico não é possível existir uma economia mundial liberal”^{14,24}.
<p>Para a visão liberal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Busca-se “a prosperidade econômica por meio do livre comércio e da troca econômica aberta” contra “o acúmulo de poder por meio da força militar e da expansão territorial”. ✓ A produção e os preços não dependem do planejamento do governo. ✓ A economia liberal opera em um “mercado livre” baseado em uma harmonia de interesses, onde a distribuição da riqueza é naturalmente proporcional ao mérito. ✓ Entende-se o capitalismo internacional como “uma forma de mudança progressiva para todos os países, independentes do seu nível de desenvolvimento”, defendendo o mercado livre, a propriedade privada e a liberdade individual para a criação da base do progresso econômico auto-sustentável dos países envolvidos. Argumenta-se que “a prosperidade humana pode ser alcançada por meio da livre expansão global do capitalismo além das fronteiras do Estado soberano e por meio do declínio da importância desses limites territoriais”.
<p>Para a visão marxista</p> <p>(Visão Clássica)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A característica predominante no marxismo é a definição de que a economia capitalista baseia-se na burguesia e no proletariado. Apresenta uma visão materialista, onde a produção econômica é a base para todas as atividades humanas, incluindo a política. ✓ A política e a economia estão interligadas. ✓ Algumas considerações sobre o marxismo no contexto da Economia Política Internacional podem ser destacadas: (1) os Estados não são autônomos, sendo motivados e orientados pelos interesses da classe governante e pelos interesses de suas burguesias; (2) o conflito de classes é mais fundamental do que aquele entre Estados; (3) existência de uma busca infinita por novos mercados e por mais lucros; (4) as classes ultrapassam as fronteiras estatais e os conflitos não se restringem aos Estados, expandindo-se no capitalismo: globalização econômica liderada por corporações transnacionais. ✓ O capitalismo internacional é entendido como um instrumento para a exploração dos países em desenvolvimento pelos países desenvolvidos.

Elaboração própria (2012) a partir da fonte Jackson e Sorensen, 2007¹⁴.

Uma vez que a este estudo interessa o olhar sobre os países em desenvolvimento, será dado destaque para a abordagem marxista da EPI, apresentando breves comentários [21] sobre dois de seus principais teóricos, Wallerstein e Fiori.

²¹ Parte-se da análise de Osorio LFB. O sistema mundo no pensamento de Arrighi, Wallerstein e Fiori: um estudo comparativo. In: **Colóquio Brasileiro em Economia Política dos Sistemas-Mundo**, 4.,

Na perspectiva do neomarxista Wallerstein^{25,26,27,28}, a noção do Terceiro Mundo é reinterpretada. Para ele, existe um mundo articulado por um complexo sistema de trocas econômicas, sob a base da dicotomia entre capital e trabalho e a acumulação de capital entre, notadamente, Estados-Nação concorrentes, cujo equilíbrio é ameaçado por questões e conflitos internos. Conceito esse denominado como “sistema-mundo”, isto é, um sistema mundial capitalista norteado pelo comportamento dos Estados em um contexto competitivo interestatal que admite uma hierarquia, dividida entre centro, semiperiferia e periferia.

Em conformidade com a tipologia esquemática apresentada por Wallerstein^{25,26,27}, o “Sistema-Mundo” tem as seguintes características:

- (1) A economia mundial capitalista sustenta-se sobre uma hierarquia de áreas centrais, periféricas e semiperiféricas, em função da divisão do trabalho entre as regiões, assim definidas:
 - a. Áreas centrais – grande desenvolvimento tecnológico, atividades econômicas avançadas e complexas controladas pela burguesia local – indústrias, comércios e agricultura complexa, como exemplos.
 - b. Periféricas – base da hierarquia, produzem artigos de primeira necessidade. A mão de obra é não especializada e há pouca atividade industrial (normalmente sob controle externo dos capitalistas dos países centrais).
 - c. Semiperiféricas – camada intermediária entre a superior de países centrais e a inferior de países periféricos.
- (2) Troca desigual. O excedente econômico é transferido da periferia para o centro. Isto é, o excedente é derivado dos produtores com lucros e

2010, Santa Catarina. Anais eletrônicos... Santa Catarina: UFSC; 2010. Disponível em: <http://www.gpepsm.ufsc.br/html/arquivos/o_sistema_mundo_no_pensamento_de_arrighi_wallerstein_e_fiori.pdf>. Acesso em: 21 set. 2010.

salários baixos na periferia e destinado aos produtores com lucros e salários altos das áreas centrais.

- (3) Governos fortes no centro e governos mais fracos na periferia. Isto é, os Estados fortes impõem trocas desiguais aos mais fracos. O capitalismo envolve “uma apropriação do excedente de toda a economia mundial pelas áreas centrais” ²⁹.

Sob a perspectiva de um olhar diferenciado para o sistema mundial, formado pelos “Estados-economias nacionais” e pelas “economias líderes” - transnacionais e imperiais -, são apresentadas as seguintes características ³⁰ (p.33-4):

1. Cada “Estado-economia imperial” produz seu próprio rastro e nesse contexto as demais economias nacionais são hierarquizadas em três grupos conforme suas estratégias político-administrativas:
 - a. economias nacionais que se desenvolvem sob o efeito protetor imediato do líder (ou vinculado ao líder).
 - b. economias nacionais que adotam estratégias de *catch up* [²²] para alcançar as “economias líderes”. Segundo o autor, sejam por motivos ofensivos ou defensivos, “aproveitam os períodos de mudança internacional para mudar sua posição na hierarquia de poder internacional, por meio de políticas agressivas de crescimento econômico”, isto é, o fortalecimento econômico antecedendo ao fortalecimento militar e ao aumento do poder internacional do país, o que pode alcançar sucesso e, neste caso, ocorrer a criação de um novo “Estado-Economia líder”, ou ser devidamente “bloqueado”.

²² Entendem-se “estratégias de *catch up*” como as habilidades que uma determinada economia desenvolve para viabilizar a redução da distância que o separa de um país ou de uma economia líder.

- c. em um grupo amplo, concentra-se a grande maioria das demais economias nacionais do sistema mundial atuantes na “periferia econômica do sistema”, fornecendo “insumos primários e industriais especializados para as economias dos “andares superiores”. Para o autor, essas economias podem apresentar intensos ciclos de crescimento, com alta renda per capita, além de se industrializar, seguindo como “economias periféricas”.
2. A desigualdade no desenvolvimento da distribuição da riqueza entre as nações é tida como uma dimensão econômica fundamental do “sistema mundial moderno”, mesmo considerando a existência da “possibilidade seletiva de mobilidade nacional dentro desse sistema”, a depender da estratégia econômica adotada por cada país, além da estratégia política assumida.

Com o avanço da troca desigual, criam-se conflitos e o sistema econômico é tensionado. Nesse caso, algumas características podem ser apresentadas ^{27,28}:

- (a) A semiperiferia tem um papel de apaziguador político. Uma vez que não há necessariamente uma oposição unificada com relação aos países centrais, a semiperiferia acaba exercendo o papel de estabilizador político.
- (b) A economia mundial não é estática. Podem existir mudanças nas posições assumidas entre os países do centro e nos de semiperiferia. A troca também pode ocorrer entre os países da periferia e da semiperiferia.
- (c) Pode existir uma mudança dinâmica entre os tipos de produtos relacionados às atividades econômicas periféricas e centrais. O avanço tecnológico pode representar o dinamismo da atividade econômica: passamos pela área têxtil, depois industrial e atualmente a informação e a biotecnologia, em conjunto com o

sistema financeiro e outros serviços. Para o economista, a estrutura fundamental do sistema capitalista não muda. A hierarquia do centro, da semiperiferia e da periferia é caracterizada pela troca desigual.

O “Sistema-Mundo” apresenta uma divisão sistêmica na economia-mundo capitalista, o que na percepção do autor, leva os Estados centrais a uma situação de tensão econômica e militar constante, concorrendo pelo privilégio de explorar as áreas periféricas. O que leva ao enfraquecimento dos aparelhos desses Estados periféricos, porém essa divisão permite que certos países desempenhem um papel intermediário especializado como potências semiperiféricas.

A economia-mundo está fadada à desintegração por causa de seu próprio sucesso ²⁸. Isto é, atingiu “uma enorme expansão da produção mundial e um incrível avanço tecnológico”, mas “criou uma enorme quantidade de destruição e de empobrecimento de amplos segmentos das populações mundiais”. Ele aponta a crise estrutural atual em função do seu sucesso relacionado à acumulação do capital:

“Seu sucesso demanda três coisas, e cada uma delas está atingindo um nível ameaçador para a continuação da acumulação de capital. Primeiro, em todo o mundo, o custo da mão-de-obra tem aumentado constantemente para os produtores (...) que também pesa na acumulação do capital. Segundo, os capitalistas têm mantido seus preços baixos não pagando suas contas, algo que os economistas chamam de "externalização" dos custos. Isso significa que boa parte dos custos de produção como a renovação de recursos ou de infraestruturas é paga pelo Estado (e, portanto, pela população em geral), não pelos empreendedores que lucram com os negócios (...). Assim, os governos começaram a pressionar os produtores para que eles "internalizassem" seus custos. Terceiro, para evitar rebeliões sociais constantes, os Estados foram "democratizados" (...), o que significa que é exigido dos Estados que forneçam três coisas básicas aos cidadãos: educação, saúde e garantias de uma receita durável. Ou seja, o Estado do Bem-Estar Social” ²⁸.

O Estado do Bem-Estar Social tem alto custo e é obtido por meio de impostos e, em última análise, por cortes na acumulação de capital. Vale

destacar que a sustentação do Estado do Bem-Estar nos países desenvolvidos encontra-se em severa crise, particularmente junto aos países europeus ²⁸.

Caracteriza, portanto, o período atual como o de crise e transição da hegemonia dos países centrais, notadamente dos EUA, como também o de crise terminal do próprio sistema mundial moderno a prolongar-se nas próximas décadas para finalmente ocorrer um novo sistema internacional diferente do que é apresentado na atualidade: “o sistema internacional marchará para uma reestruturação que será repressiva ou igualitária (...), para algo totalmente diferente” ²⁶ (p. 209).

O que pode ser contra-argumentado ao se questionar se estamos vivendo “uma crise terminal do sistema capitalista e interestatal moderno” ou apenas “uma crise de transição ou reafirmação hegemônica”³⁰ (p.63).

Fiori ³⁰, em discordância à tese de Wallerstein, apresenta como contraditória a previsão de que o sistema econômico capitalista seja destruído por uma crise terminal provocada por uma contração dos lucros (*profit squeeze*) diante de um cenário internacional que apresenta grandes inovações tecnológicas. Para o autor, há de ser considerada a importância estratégica da tecnologia em quase todos os setores decisivos da economia.

Durante os períodos de bonança econômica internacional e nos de “intensificação da competição e das lutas entre as grandes potências do sistema mundial” ocorrem a ampliação de oportunidades para os Estados situados na periferia do sistema ³⁰ (p.35). Nesse sentido, a relação da periferia com o sistema mundial é expandida, diferentemente do que defende o modelo de Wallerstein.

Apesar de considerar a intensificação da competição e das lutas entre as grandes potências do sistema mundial e sua respectiva consequência, Fiori ³⁰ (p. 67) destaca a importância da “natureza e do funcionamento hierárquico do poder global”, devendo-se levar em consideração as “diferenças gigantescas que existem entre os vários países e as economias nacionais dispersas pelo mundo”. Em sua opinião:

- a. O processo de internacionalização ou globalização do capitalismo foi decorrente da tentativa e da busca da imposição dos Estados e economias nacionais ao resto do sistema mundial de seus respectivos poder soberano, moeda, dívidas e sistema de tributação (expansão do capital financeiro nacional).
- b. Existe um Estado nacional mais poderoso que exerce influência e imposição dos seus interesses nacionais aos demais Estados, isto é, ao resto mundo. E não um “Estado ou império que absorve e dissolve os Estados nacionais”
- c. Existem Estados nacionais sem soberania e/ou sem possibilidade de desenvolvimento econômico nacional

No que se refere aos países em desenvolvimento, caracterizados como “semi-Estados” ¹⁴ incapazes de atender ao conjunto de regras estabelecidas pelos países desenvolvidos, apresentam quase sempre uma economia pobre e subdesenvolvida, não sendo capazes de se manter sozinhos no sistema internacional, requerendo um tratamento especial e preferencial do mundo desenvolvido. Obrigam-se a conseguir o que querem ou o que precisam dos países mais ricos e mais fortes.

Há de se destacar, nesse sentido, que as mudanças na hierarquia desse sistema podem ser observadas por meio dos reflexos concretos das atuações estatais nos foros multilaterais e nas institucionalidades dos organismos intergovernamentais globais e regionais, como por exemplo, OMC, OMS, G-20 que, se espera, defendam o reposicionamento no sistema interestatal.

Sob o contexto da natureza e do funcionamento hierárquico do poder global, não se pode deixar de considerar a legitimidade da soberania e os consequentes reflexos concretos que o mesmo impõe às complexas relações interestatais. Considerando que a economia nacional é uma base de recursos estratégicos para o Estado nacional, a questão da soberania [²³] é também apontada pela EPI.

²³ Soberania – Qualidade do Estado de ser politicamente independente de todos os outros Estados. O conceito político jurídico de Soberania indica o poder de mando de última instância, numa

Nesse sentido, os Estados são independentes uns dos outros, pelo menos legalmente (o que se caracteriza pela detenção de soberania). Entretanto, não estão isolados ¹⁴. “Pelo contrário, se unem e se influenciam” e devem encontrar meios de “coexistir e de lidar uns com os outros”. Para os autores, soberania “é uma instituição internacional”, isto é, “um conjunto de regras personificadas pelos Estados” que constituem e regulam a sua independência externa e a sua autoridade nacional. Perante o direito internacional, os Estados são juridicamente iguais [²⁴]. Portanto, a soberania é a independência política que um Estado usufrui com relação a outros, sendo o governo a autoridade suprema dentro do seu território. Há o entendimento da soberania como uma instituição básica da sociedade internacional.

No entanto, para esses autores, esse tema ganha um sentido mais contemporâneo já que se desenvolve e varia de maneira não prevista suficientemente pelas abordagens tradicionais. Isso posto, os principais desafios à soberania estão nas (1) forças de mercado globais que atravessam fronteiras com facilidade e afetam economias nacionais; no (2) desenvolvimento de normas sobre proteção internacional dos direitos humanos e do direito humanitário acerca dos direitos humanos que prevê infrações à soberania (desafio ao princípio da não-intervenção) [²⁵]; e no (3) conflito armado e no controle dos meios de violência quando não há garantia do controle exclusivo dos meios de violência pelos Estados em sua jurisdição doméstica.

O paradoxo da questão da soberania se dá, portanto, em muitos casos, quando o fracasso estatal leva à intervenção humanitária, o que acaba por desafiar o princípio da soberania da não-intervenção.

Nesse sentido, conclui-se que a soberania permanece como uma instituição importante e estratégica para a política mundial, apresentando

sociedade política. Portanto, seu conceito está ligado ao do poder político. É a racionalização jurídica do poder, no sentido da transformação da força em poder legítimo, do poder de fato em poder de direito ²³ (p. 1179).

²⁴ Declaração de Princípios do Direito Internacional, ONU, 1970: “nenhum Estado, ou grupo de Estados, tem o direito de intervir, direta ou indiretamente, por qualquer que seja a razão, nos assuntos internos ou externos de qualquer outro Estado”

²⁵ Princípio da Não-Intervenção: direito dos Estados de governar seus cidadãos sem a interferência externa

mudanças na sua essência cujas variações indicam importantes alterações na natureza da condição do Estado independente, tornando-se, segundo citação de Keohane (1995) ¹⁴ (p. 379), “uma barreira menos territorialmente definida do que um recurso de barganha para uma política caracterizada por complexas redes transnacionais”.

Mesmo considerando a complexa relação exercida pelo papel da soberania estatal no sistema mundial, ressalta-se a importância do funcionamento hierárquico do poder global, considerando-se as distinções existentes entre os diversos Estados e economias dispersas pelo mundo, defendendo também a existência de um Estado nacional mais poderoso e influente, que impõe os seus interesses nacionais aos demais Estados ³⁰ (p. 67).

Nesse sentido, Fiori ³⁰ fundamenta a sua teoria do universo em expansão contínua justificando, portanto, o poder como a mola propulsora das relações internacionais cuja incessante pressão competitiva direciona os Estados a criarem e a conviverem, simultaneamente, com a ordem e desordem, guerra e paz, onde esse movimento de constante fortalecimento de alguns Estados significa a retração de outros.

Ainda sob essa perspectiva, para o autor, a necessidade de acumulação de poder e do excedente produtivo pode ser justificada pelo somatório do “jogo das trocas” ao “jogo das guerras” ³¹. Esse movimento segue na busca por mais poder. O conceito do poder político está relacionado à idéia de fluxo e não necessariamente a do estoque ³² (p. 334). Nesse sentido:

“O exercício do poder requer instrumentos materiais e ideológicos, mas o essencial é que o poder é uma relação social assimétrica indissolúvel, que só existe quando é exercido; e para ser exercido, precisa se reproduzir e acumular constantemente. A conquista, como disse Maquiavel, é o ato fundador que instaura e acumula o poder, e ninguém pode conquistar nada sem ter poder, e sem ter mais poder do que o conquistado. Num mundo em que todos tivessem o mesmo poder, não haveria poder.”

O que nos remete, novamente, ao conceito de poder no sistema internacional como sendo “o poder efetivo, inversamente proporcional à vulnerabilidade externa” ²² (p. 20). E, baseando-se nessa relação, inclui-se, portanto, as relações de mercado na perspectiva da EPI nas Relações Internacionais que ressaltam o impacto da economia mundial de mercado sobre as relações dos Estados e as maneiras pelas quais esses Estados tentam tirar vantagem influenciando as forças de mercado ^{24,14}.

Dessa forma, percebe-se a relação de poder e o papel político do Estado como um agente central de indução das mudanças nas economias nacionais, isto é, uma relação direta da economia com a política, uma vez que as estruturas política e econômica são dependentes uma da outra, fazendo-se, cada vez mais, presentes no contexto da economia mundial moderna.

Nesse sentido, a essência das Relações Internacionais encontra-se no papel estratégico desempenhado pelo Estado. E, portanto, a relação entre a política e a economia (além da relação entre o desenvolvimento e o subdesenvolvimento nos países em desenvolvimento e a natureza e a extensão da globalização econômica) está na agenda dos debates abordados pela Economia Política Internacional, fundamentando o presente estudo e inserindo “o papel do Estado nacional”, como ator estratégico nas Relações Internacionais.

CAPÍTULO II - ESTADO E DESENVOLVIMENTO – A RETOMADA DO PAPEL DOS ESTADOS NACIONAIS

1. Introdução

O processo dinâmico provocado pela globalização promove mudanças nas relações entre os Estados e as economias nacionais. Exerce, nesse sentido, forte impacto sobre a atuação do Estado, gerando nova agenda política interna e internacional onde predominam temas e interesses conflituosos entre os desejos e necessidades econômicas nacionais e as demandas internacionais, além de gerar um novo cenário onde forças exógenas trazem novos significados para as relações das autoridades políticas.

A economia contemporânea traz grandes desafios para a atuação do Estado, tanto no contexto interno como na arena das suas relações internacionais, colocando à prova a sua capacidade de resistência, sua força e vitalidade, além da sua capacidade de construção e reconstrução, de inovação e de produção competitiva.

Nesse sentido, diante do desafio apresentado pela globalização marcada por um cenário internacional que apresenta um (re) posicionamento de consenso no que se refere à retomada da vanguarda tecnológica e inovativa em praticamente todos os setores da economia, cabe ao Estado, portanto, sobreviver às consequências do impacto da (tentativa de) integração dos mercados e dos fluxos de capitais e tornar-se mais forte e resistente, capaz de superar os limites impostos pela globalização. Mantendo íntegra a sua capacidade soberana decisória no contexto das relações internacionais e hábil nas suas negociações internacionais e na sua política externa, além da sua capacidade de desenvolvimento econômico e tecnológico, capaz de superar as desigualdades e promover mudanças significativas no contexto do seu desenvolvimento nacional e no reposicionamento estratégico das suas relações internacionais.

2. Estado como Ator Estratégico nas Relações Internacionais

Estados soberanos exercem diplomacia entre si com o objetivo de preservar a sua independência, a sua soberania, a sua segurança, proteger e promover os seus interesses, influenciar os demais e, simultaneamente, resistir às influências dos demais Estados. Devem lidar com as políticas de coerção e reconduzi-las para uma negociação diplomática que considere opiniões e perspectivas diferentes.

A diplomacia, nesse sentido, ocorre em um cenário altamente complexo e é exercida entre Estados soberanos com diferentes graus de desenvolvimento econômico, social e institucional. O exercício da diplomacia abriga conflitos entre razões, interesses e conveniências ³³ (p.23):

“pela própria natureza de suas funções, o diplomata acha-se obrigado a lidar constantemente com as disjuntivas entre a razão do Estado e a razão do homem, entre interesses unilaterais e demandas coletivas, entre as conveniências de um mundo ainda caracterizado pela soberania de seus componentes estatais e as exigências do multilateralismo e do transnacionalismo.”

A política externa, exercida pela diplomacia, é a expressão do ponto de vista de um país sobre o mundo e o seu funcionamento, cuja responsabilidade passa pela “devoção à própria nação e ao bem-estar de seus cidadãos” ³⁴ (p.89), além do respeito pelos “interesses legítimos, pelos direitos de outros Estados e pelo direito internacional”, assim como pelo “compromisso com os direitos humanos” ¹⁴ (p.219).

Considerando o cenário internacional complexo, onde o mundo se apresenta como dinâmico e em constante transformação na sua realidade política, onde há interesses heterogêneos e, por vezes, conflituosos, a política externa de um Estado tem como objetivo preservar a sua identidade nacional e garantir sua soberania, nem sempre fácil de manter ao largo da negociação, buscando-se valer das janelas de oportunidades oferecidas pelas negociações e tendências globais e regionais.

Nesse sentido, no tocante ao Brasil, um País cujas características o definem como “nem o mais atrasado, nem o mais adiantado; nem o mais rico, nem o mais pobre; nem o mais justo, nem também o mais injusto”, um País que “busca se transformar não por impulsos autoritários ou visões impositivas”, mas sim “mediante a gestação de consensos aproximativos que, se não representam o caminho mais rápido, constitui certamente o mais seguro e duradouro” ³³ (p. 30). Teremos, finalmente, um País cuja política externa visa à ampliação da inserção internacional do País como fator de estímulo ao desenvolvimento econômico e social e, por consequência, uma política externa mais assertiva e mais marcante no cenário internacional com os reflexos do desenvolvimento nacional.

Portanto, temas de natureza política, econômica ou social passaram a ocupar a agenda internacional. Nesse sentido, a ação diplomática brasileira tem ido ao encontro do que a sociedade deseja para si própria e para este “mundo de polaridades indefinidas” e, citando Celso Lafer, exemplifica: “democracia, respeito aos direitos humanos, abertura econômica e sentido de solidariedade social” ³⁰ (p. 31). Busca essa autonomia através da aproximação, do diálogo e do estímulo à cooperação e à integração.

Entretanto, essa busca pela autonomia tem ocorrido em um mundo cada vez mais interdependente nas informações, nas comunicações, na economia e no campo social, tanto na área das necessidades humanas quanto nos aspectos culturais.

Além disso, vale destacar que, diferentemente do que ocorria até poucas décadas atrás, notadamente no período conhecido como “Guerra Fria”, onde o uso da força para o estabelecimento do sistema de poder entre os Estados e a consequente hierarquia dos temas da política internacional era ditado pelo Estado forte com predomínio da segurança militar, o modelo de interdependência em predominância leva em consideração a existência de outros atores internacionais e as novas perspectivas dos temas da política externa, além da inter-relação entre política interna e externa ³⁵.

Perspectivas essas relacionadas à revolução contemporânea nas tecnologias de informação e da ciência e à transnacionalização da economia, que acabam justificando a interdependência do sistema mundial globalizado.

Isso posto, mesmo considerando a relação de interdependência entre nações e líderes políticos, visando à cooperação e à redução dos conflitos de interesses, Keohane e Nye [²⁶] citados por Ricobom ³⁵ consideram não haver garantia de um sistema de equilíbrio entre os atores, o que, conseqüentemente, acaba por gerar relações assimétricas de poder entre os atores nacionais. Nesse sentido, as assimetrias podem proporcionar fontes de influência aos atores em suas relações com os demais. Essa interdependência assimétrica é que gera as relações de poder de um ator sobre os demais ³⁵ (p. 253).

Nesse contexto, podemos incluir a área da saúde que nos últimos anos vem ganhando maior espaço na relação de interdependência entre os Estados. Seja por conta de um maior envolvimento e comprometimento entre os líderes estatais, delineando uma nova abordagem para a governança mundial mais integrada e focada no bem-estar da comunidade internacional, seja pela busca do atendimento às aspirações, às soluções dos problemas e dos desafios relacionados à área da saúde, tanto no âmbito nacional, regional, supranacional ou global.

Obviamente, não podem ser excluídas dessa relação de poder as influências exercidas por atores não governamentais, cujo determinismo passa pela questão mercadológica: as empresas multinacionais e transnacionais.

Diante do exposto, tem-se, portanto, o contexto contemporâneo na perspectiva das relações internacionais, sob a análise da complexidade do enfoque múltiplo e não mais pelo determinismo do Estado.

Nesse sentido, tem-se um desafio diplomático. Quando o interesse se volta à proteção da sua capacidade de desenvolvimento, o Estado deve considerar que, no jogo diplomático, sempre que houver algum tipo de restrição

²⁶ Keohane, R, Nye, J. Poder e Interdependência: *La política mundial em transición*. Buenos Aires:Grupo Editor Latino Americano, 1988, p.23

às políticas que favoreçam a economia nacional, estas devem ser compensadas por oportunidades atraentes de investimentos, desde que não haja coalizões que desagradem às economias hegemônicas e suas políticas internacionais e tampouco possam ferir os interesses nacionais.

O que está em jogo, portanto, é a possibilidade de um país superar seu subdesenvolvimento no “exercício da margem da soberania permissível nas condições internacionais” ³⁶. Nesse sentido, afirma o autor, o processo de globalização e a influência dos países hegemônicos, notadamente dos EUA, tenderão a restringir “de maneira significativa, senão decisiva, as possibilidades de um desenvolvimento nacional autônomo”:

“A internacionalização dos processos de desenvolvimento, em predominante medida correspondendo, para o período em apreço [isto é, Século XXI – minha inclusão] à sua americanização, tenderá a converter tais processos em um ajustamento territorial das economias locais às conveniências da economia hegemônica, convertendo os correspondentes territórios em segmentos do mercado internacional” ³⁶ (p.13).

Isto é, o processo da globalização e a hegemonia das economias desenvolvidas, acabam acarretando sérios entraves que dificultam o desenvolvimento das economias em desenvolvimento. No tocante, ao poder de influência das economias desenvolvidas junto àquelas relacionadas aos países em desenvolvimento, o autor ³⁶ prevê que:

“as áreas que permaneçam subdesenvolvidas no mundo, no provável curso da primeira metade do século XXI, tenderão a se converter em território cuja economia se processará de conformidade com a conveniência da economia hegemônica e se constituirão, assim, independentemente da persistência formal das procedentes soberanias, em meros segmentos do mercado mundial”. (p.18)

Sob esse contexto, portanto, a defesa do interesse nacional é constantemente focalizada, levando-se em consideração, inclusive, a existência de empresas multinacionais e de organismos transgovernamentais que exercem grande influência na determinação do interesse nacional em

diversos setores, exercendo fortes pressões multilaterais, nem sempre convergentes aos interesses nacionais do Estado.

Porém, é em função do surgimento desses fortes e, por vezes desleais, atores internacionais que se dá o enfraquecimento do Estado, uma vez que se percebe intensa influência desses atores globais. Ademais, vale citar Ricobom³⁴ (p.264), quando alega, com base no preceito liberal, que “as relações de poder se limitam reciprocamente, fazendo com que o destino da comunidade internacional dependa de um jogo entre os personagens determinantes”.

É por meio da extensa rede de relações entre diferentes atores, organizações, empresas transnacionais, empresas privadas e atores governamentais, denominadas como “canais múltiplos”³⁵, que se observa o enfraquecimento do Estado, na medida em que este não só reconhece o surgimento de novos atores, como também atribui um peso demasiado a todos eles. Para a autora, os canais múltiplos “apagam as fronteiras entre a política interna e externa, pois geram o enfraquecimento da polarização das relações internacionais do Estado” (p.260).

Dentre os atores predominantes nesse jogo, podemos destacar as empresas transnacionais e bancos multinacionais, além das organizações internacionais que, apesar de não serem totalmente controlados pelos governos, exercem forte influência quando das formulações de políticas públicas. Nesse sentido, há uma maior interferência na agenda da política exterior de cada Estado.

Portanto, em contraposição à abordagem clássica, onde os Estados são atores principais e detentores do poder de decisão e coerção (notadamente pelo uso da força), seguidos das organizações internacionais e intergovernamentais (“criadas pelos Estados e administradas pelos seus membros ou instituições”) e, em terceiro plano, seguidos das forças transnacionais (“resultado da intensificação entre pessoas privadas – ONGs, empresas transnacionais e opinião pública”), remete-se à abordagem da interdependência dos atores, com habilidade para mobilizar recursos com unidade de decisão e atuação que permitam alcançar seus objetivos de forma estruturada e dinâmica, com capacidade de influência e autonomia sobre

outros atores, não havendo uma hierarquia delimitada. “O Estado e a territorialidade”, nesse sentido, “perdem importância” ³⁵ (p. 261-3). Os atores internacionais passam a ser, portanto: o Estado, as Organizações Internacionais, as Organizações Não-Governamentais e as empresas transnacionais.

Obviamente, esses atores, em sintonia, atendem à concepção dada pela construção ideológica da globalização, interferindo e dando novo movimento à política nacional e internacional, subestimando, nesse caso, o exercício central do Estado, minando a defesa dos respectivos interesses públicos e adjetivando superlativos aos demais atores internacionais.

Entretanto, as relações internacionais contemporâneas são dinâmicas e estão sempre em processo de (re) construção. Assim sendo, o enfraquecimento do papel do Estado ganha um valor que deve ser revisto, a fim de permitir o seu posicionamento de forma mais ativa e soberana no cenário internacional.

Com essa percepção, Fiori ³⁰ esclarece que a primeira década do século XXI é marcada pelo reconhecimento da “utopia da globalização e o fim das fronteiras nacionais”. O autor reconhece que o “sistema mundial retornou à sua velha “geopolítica das nações”, com o fortalecimento das fronteiras nacionais e da competição econômica mercantilista e com o aumento das lutas pelas hegemonias regionais” (p.40).

Ademais, a visão da interação entre uma lógica integradora do cenário internacional e uma dinâmica contestadora dessa lógica, denominando a globalização como excludente, assimétrica e tendenciosa, tem que conviver com as incertezas econômico-financeiras, como essas que assolaram a Europa em 2011, refletindo em escala mundial uma crise cambial, fiscal, monetária e financeira que permeiam de forma virulenta o corpo econômico de cada país. Aquele que estiver com a imunidade mais baixa, tende a adoecer mais rapidamente apresentando sintomas mais dolorosos e demorando a sair da crise infecciosa. Os que têm a sua estrutura econômica, fiscal e produtiva mais fortalecida, articuladas e integradas, em sintonia com um equilibrado

desenvolvimento social, tendem a apresentar uma pequena recaída, porém com tendências a breve recuperação.

Nesse sentido, apesar do dinamismo presente nas relações de interdependência contemporânea, há de se rever a engrenagem desse sistema e garantir o papel de destaque que o Estado requer, garantindo-lhe força motriz orientadora para uma nova realidade que não se esgote no sentido mercadológico. Sob essa perspectiva, Ricobom ³⁵ reitera:

“Ainda que a interdependência apresente estruturas conceituais capazes de revelar uma realidade dinâmica, é inegável que contribui para a construção ideológica da globalização, que prima pelo enfraquecimento do Estado e da relativização da soberania, principalmente em nome dos grandes grupos transnacionais. Ademais, revelou-se inadequada, porquanto as preocupações com as questões sociais teriam sido desleixadas pela política internacional” (p. 263).

Nesse sentido corrobora Lafer ³⁴ ao reafirmar o posicionamento do Estado no contexto da globalização. Para o autor, diferentemente da visão dos demais autores que vêem na globalização o fim da autonomia do Estado, a globalização não eliminou a importância dos Estados na dinâmica internacional, afinal as expectativas e o bem-estar da sociedade seguem vinculados ao desempenho dos seus respectivos países. Os Estados, dessa forma, são instâncias públicas de intermediação e, no plano externo “esta intermediação parte de uma visão assinaladora de especificidades”. Dentre essas especificidades, “que configuram o pluralismo do mundo e explicam a perspectiva organizadora e a latitude da inserção de um país no sistema internacional” ³⁴ (p. 89), destacam-se a localização geográfica, o repertório dos conhecimentos, a estrutura produtiva, o nível de desenvolvimento e os dados da estratificação social.

Portanto, há de se buscar novas abordagens para as relações dos atores internacionais, onde temas relacionados às questões de saúde, ambientais, sociais e humanitárias, além das econômicas, prevaleçam e onde não se pode desvincular a importância de cada um dos atores envolvidos, já que se encontram num complexo sistema de engrenagem geopolítico

internacional onde qualquer anulação pode significar rupturas políticas com severas repercussões internas. Entretanto, deve-se garantir ao Estado o papel de ator, diferentemente da abordagem clássica, onde prevalecia o poder pela força e pela coerção, um novo papel mais adequado aos novos tempos regidos pela paz entre os povos, isto é, mais articulado, porém centrado nos seus principais interesses e no alcance da sua soberania.

Isso posto, tem-se uma estreita relação entre o desenvolvimento econômico e a sustentabilidade da soberania. Quanto mais desenvolvido o país, maior a sua autonomia, mais plena é a sua soberania. Uma equação de relação direta entre desenvolvimento e autonomia e capacidade soberana, justificando, inclusive, uma inter-relação entre as forças endógenas e exógenas do desenvolvimento, isto é, políticas nacionais de desenvolvimento promovem autonomia externa, sustentam as bases soberanas de uma nação que, por sua vez, permitem maior autonomia interna. E é a partir desse entendimento que abordaremos o Complexo Econômico-Industrial da Saúde, tema desta tese, no decorrer deste trabalho.

O que é corroborado por Jaguaribe ³⁶ (p.17-9) ao reconhecer que somente os países que atingirem um elevado nível de desenvolvimento e de auto-regulabilidade de sua economia, além de preservarem considerável margem de autonomia externa, preservarão “significativas margens de autonomia interna” (p.18).

Afirma, ainda, que essa causalidade entre autonomia interna e externa só é possível quando há consenso do poder nacional e apropriado relacionamento internacional. No caso brasileiro, o autor defende que o País somente logrará a permissibilidade internacional necessária para um sustentável regime de recíproca condicionalidade entre autonomia interna e externa, caso acelere a “promoção nacional do seu desenvolvimento e regule a sua autonomia interna, de sorte que o coeficiente interno de nacionalismo de fins e seus respectivos instrumentos sejam compensados pela atratividade de um mercado aberto de capitais” ³⁶ (p. 18).

Afinal de contas, a globalização, com o seu respectivo movimento de centralização de capitais e recursos junto aos conglomerados transnacionais, apresenta complexos desafios para os países em desenvolvimento, principalmente para aqueles que já apresentam uma relativa base industrial, alvos da desequilibrada concorrência globalizada, como é o caso do Brasil.

Vale destacar que, no tocante às políticas para promoção do desenvolvimento econômico e industrial dos países mais desenvolvidos, tem-se, historicamente um maior pragmatismo na defesa da sua competitividade industrial [²⁷].

Portanto, no caso do Brasil, o desafio está na possibilidade de um país, respeitando os seus limites soberanos, superar seu subdesenvolvimento de forma basicamente autônoma, tanto nos planos doméstico quanto no internacional.

Entretanto, deve ser considerado que esse processo encerra desafios diversos, notadamente no que se refere às consequências provenientes da globalização que inibem, parcial ou totalmente, as condições de desenvolvimento nacional de forma autônoma, estando os países mais ou menos vinculados às conveniências e aos ditames das economias mais desenvolvidas.

Ou seja, o desafio brasileiro está em manter a sua inserção internacional de forma equilibrada e pragmática em relação ao antagonismo das forças transnacionais, considerando as dimensões da realidade brasileira e a manutenção de suas perspectivas soberanas, dando maior importância às questões econômicas, ambientais e de saúde, relacionando-as aos consensos de influência da política interna e, conseqüentemente, da externa.

No Brasil, políticas integradas e integradoras vêm sendo adotadas principalmente nas últimas duas décadas buscando-se lograr resultados que

²⁷Apesar do pacto firmado na Rodada do Uruguai (origem da Organização Mundial do Comércio) no tocante as medidas liberalizantes das suas economias nacionais, o que se tem é que países mais desenvolvidos tentam proteger a sua economia e forçar aos demais países o atendimento ao pacto firmado, o que, ironicamente, pode ser traduzido como faça o que mando, mas não faça o que eu faço. Garantindo-se, dessa forma, o fortalecimento da sua soberania e uma maior capacidade de desenvolvimento, o que, obviamente, leva à diferenciação e a um maior protagonismo no espaço geopolítico e econômico internacionais.

tendem a superar as expectativas desenvolvimentistas a médio e longo prazos. A aceleração da promoção do desenvolvimento nacional, “como nacional” deve considerar uma margem de autonomia e articulações internacionais ³⁶, inclusive:

“pode-se seguramente asseverar que a exequibilidade de um desenvolvimento nacional depende, por um lado, de se iniciar o processo o mais pronta e energicamente possível e, por outro, da medida em que o país que intente fazê-lo disponha de suficiente massa crítica²⁸ de fatores de poder e de satisfatórias articulações internacionais. Tal parece ser o caso do Brasil, doméstica e internacionalmente, no âmbito do Mercosul e de outras convenientes articulações internacionais” ³⁶ (p. 13).

No tocante ao entendimento da sociedade brasileira quanto à redefinição dos interesses nacionais, há argumentos ³⁷ de que se focou prioritariamente na agenda doméstica, isto é, “nos esforços de estabilização econômica, na reforma do Estado, na consolidação institucional da democracia, nos efeitos da abertura comercial e na atenuação de gravíssimos problemas sociais” (p.34). Entretanto, questões relacionadas à área externa passaram a ganhar mais evidência. Afinal, a sociedade brasileira se vê, cada vez mais, inserida e afetada pelas relações internacionais.

Portanto, ganha destaque a agenda externa em sintonia com a agenda interna. Nesse argumento, defende os autores, o que importa é a capacidade de crescimento, de produção de conhecimento, de ser competitivo, de atrair investimentos produtivos, além de “salvaguardar um razoável grau de autonomia decisória na definição do nosso futuro” ³⁷ (p.34).

Nesse sentido, importa que o interesse nacional seja defendido e, na busca pelo desenvolvimento nacional, requisitos básicos de ordem conceitual devem ser considerados pelo País ³⁶. Para a nossa análise, interessa-nos destacar no Brasil o “tipo de país que importe constituir, no que se possa

²⁸ Para o autor, o que viabiliza um país ao desenvolvimento é, principalmente, a conscientização da sua massa crítica, formadora de um consenso nacional voltado para as ações de desenvolvimento. Nesse sentido, compara o Brasil com a China, apresentando este país com “plena consciência do que necessita fazer, no curso dos próximos decênios para assegurar doméstica e internacionalmente, sua soberana viabilidade”, dispondo de um “sólido consenso nacional, competentemente operacionalizado pelo Estado e pelos quadros dirigentes chineses” (p.14). Na comparação, o Brasil ainda não apresenta essas condições de plena consciência e consenso nacional.

designar de exequívelmente desejável” (p.15). Nesse sentido, aponta o autor, há determinadas opções a fazer na relação entre “qualidade de vida e poder nacional”, bem como na “relação entre o domínio público e privado” (p.15).

Quanto à relação entre qualidade de vida e poder nacional, o contexto contemporâneo apresenta uma dualidade entre a busca pela maximização do poder nacional e a priorização da qualidade de vida. Quando pensamos no Brasil e, conforme bem aponta Jaguaribe ³⁶, o nosso País tende, de uma forma consensuada, a priorizar a qualidade de vida em detrimento do “*status* de superpotência”. O poder nacional, sob a ótica do Brasil, não deve suprimir o *status* de bem-estar nacional. Entretanto, há um consenso em que deve ser satisfatório e denotar certa evidência quando se discute políticas internacionais que valorizem o *Soft Power*, isto é, a diplomacia pela negociação e pelo melhor entendimento cooperativo e não pelo uso da força, ameaças e a coerção econômica e/ou militar – a *Hard Power* sob a ótica do realismo nas relações internacionais.

A política externa adotada pelo Brasil é um reflexo da maneira pela qual a autonomia interna vem sendo respaldada. Esse comportamento não é exclusivo de somente um governo, sendo reconhecido nas últimas duas décadas, porém mais intensificado nas gestões do Governo Lula.

Quanto à questão da relação entre o público e o privado, apresentado pelo autor como requisito básico de ordem conceitual, há uma complexidade a ser considerada, uma vez que tem sido “equivocadamente abordada a partir de pressupostos ideológicos, confrontando, no limite, a perspectiva neoliberal com a socializante” ³⁶ (p. 15).

Na verdade, a essência dessa relação deve se pautar em uma conveniente equação a fim de assegurar a execução dos programas de desenvolvimento nacional e garantir autonomia doméstica e internacional ³⁶ (p. 15):

“o que importa é determinar, com plena lucidez, em que medida uma compensatória ou corretiva intervenção do setor público, na sociedade, é necessária ou conveniente, para os fins em vista, nas condições de um país emergente, com as características socioculturais do Brasil”.

Isto posto, denota-se a importância estratégica da agenda de políticas público-privadas integradas, articuladas e pactuadas entre os diversos entes envolvidos, considerando-se, inclusive, a necessária e eficaz governabilidade e a garantia dos interesses legítimos das partes. O equilíbrio desses interesses, por vezes divergentes, e a necessária convergência do entendimento das traduções representativas do público e do privado, isto é, o entendimento convergente do que também é contraditório entre as abordagens marxista e neoliberal, representa a diferença entre o sucesso e o fracasso do alcance dos resultados almejados quanto ao desenvolvimento nacional.

Cabe, portanto, ao Estado, um papel que garanta uma atuação pragmática e operacional, isto é:

“se o objetivo em vista é assegurar, no menor prazo possível, a conversão do Brasil num país pleno e integralmente desenvolvido, com o máximo de autonomia nacional doméstica e externa que as condições internacionais permitam, é evidente a necessidade de compatibilizar a eficiência de uma economia de mercado com uma prudente, mas eficaz intervenção do Estado de caráter promocional, corretivo e preservador da autonomia nacional (...), em virtude de determinadas políticas e em função de determinados instrumentos”³⁶ (p. 16).

Nessa perspectiva, a atuação do Brasil como ator internacional está voltada para o desenvolvimento do espaço nacional, isto é, “a utilização da relação externa como fator de arregimentação de recursos, de negociação de coalizões e de neutralização de obstáculos ao desenvolvimento econômico e social do País”³³ (p. 28).

Quanto às questões científico-tecnológicas, o Brasil é submetido a um contexto de grande ampliação nas possibilidades técnico-científicas³⁶. Assim, tem um grande desafio a ser superado no século XXI que é se reconstruir nessa arena, tanto na perspectiva nacional quanto internacional, dadas as novas bases herdadas do século anterior.

Nesse sentido, no tocante à área da saúde, considerando-se uma das vertentes de análise que incorporam essa área na relação com o

desenvolvimento, e que são apontadas por Gadelha^{3,38} e demais autores⁵ (p. 3006), retoma-se a abordagem estruturalista e de economia política para relacioná-la à sociedade contemporânea que é marcada pelo processo assimétrico da globalização, assim como pelo protagonismo do conhecimento e da inovação, fatores esses determinantes das transformações estruturais e do dinamismo econômico.

Sob essa perspectiva, a saúde pode ser considerada como um sistema complexo, onde interagem segmentos produtivos e de serviços no escopo dos esforços públicos e privados nacionais em prol de incrementar o desenvolvimento inovativo, “com potencial para alavancar áreas-chave da revolução tecnológica em curso”⁵ (p.3006), aliando a lógica econômica com a lógica social com determinismo na criação de oportunidades para o desenvolvimento local, nacional, regional e global.

Entretanto, o Brasil ainda possui um forte *déficit* tecnológico e de conhecimento que o inabilita a enfrentar os desafios vindouros caso não supere o seu atraso tecnológico. Apesar de, se comparado aos demais países em desenvolvimento, já ter alcançado um determinado nível que o diferencia de forma positiva, ainda há de se buscar alternativas que o levem a um desenvolvimento autônomo e soberano.

Nesse sentido, sugere Jaguaribe³⁶:

“se é certo que o prazo histórico para que nações do Terceiro Mundo superem seu subdesenvolvimento de forma autônoma e soberana tende (no século XXI) a se encurtar de modo acelerado, um prazo da ordem de vinte anos provavelmente se conserva, por um lado, nos limites do que ainda lhes seja internacionalmente permissível e, por outro, para um país como o Brasil, no domesticamente exequível” (p. 12).

Ainda que seja este um período relativamente curto para que ocorram as necessárias mudanças estruturais, o Estado, na perspectiva de superação, tem que lidar com a necessidade de aliar uma economia de mercado eficiente com uma intervenção prudente e eficaz, promovendo e preservando a autonomia nacional e o conseqüente desenvolvimento econômico nacional. Para tanto deve considerar que, ao mesmo tempo em que a globalização promove

condições para que ocorram inovações científico-tecnológicas, também desarticula cadeias produtivas, e minimiza a importância das relações interestaduais, também ressalta as relações governamentais e não-governamentais, públicas e privadas, tornando essas redes de interação mais complexas e dominantes na estruturação e na dinâmica do sistema nacional. O Estado, na perspectiva de superação, tem que lidar com a necessidade de aliar uma economia de mercado eficiente com uma intervenção prudente e eficaz, promovendo e preservando a autonomia nacional e o consequente desenvolvimento econômico nacional.

Essas questões manifestam-se no contexto do século XXI como determinantes no campo da ciência, tecnologia e inovação. Nesse sentido, há de se promover metas econômicas, sociais, políticas e culturais, além das científicas e tecnológicas que situem o Brasil no atual contexto geopolítico internacional, tanto na perspectiva regional e na perspectiva internacional, mas, principalmente, no fortalecimento da sua capacidade de produção e de inovação local.

Emerge desse contexto o Complexo Econômico-Industrial da Saúde – CEIS [²⁹] que se apresenta como diferencial estratégico, com potencial para o fortalecimento do País ante o cenário globalizado e com motivação para alcançar uma posição competitiva em um espaço de diversidade e assimetria mundial, tendo o foco da saúde sob as bases da soberania e da cidadania e em relação direta com o desenvolvimento econômico e social. Estabelece-se, portanto, sob as premissas dos valores sociais, econômicos e éticos e é sustentado pelos pilares da inovação tecnológica.

Com vistas à consolidação e ao fortalecimento do CEIS, há de ser transformar o conhecimento produzido, local ou internacionalmente, em inovações tecnológicas que melhorem o desempenho do setor produtivo nacional no campo da saúde em sua dimensão nacional e global. É nesse contexto desenvolvimentista que se observa o protagonismo do Estado nacional junto à dinâmica das relações internacionais. A capacidade de

²⁹ O Capítulo IV, especificamente o seu item 1 “CEIS: Estado e Inovação; Saúde e Desenvolvimento” aprofunda a discussão sobre o Complexo.

produção de bens de saúde deve ser traduzida como determinante da capacidade soberana de um país em garantir o direito à saúde de sua população e reduzir a vulnerabilidade da política de saúde, na medida em que saúde é pré-condição para a soberania de qualquer nação.

3. Protagonismo do Estado no Contexto da Globalização e da Inovação

Busca-se, nesta parte do trabalho, destacar o conceito da globalização sob o ponto de vista econômico e sob a perspectiva da inovação. O termo “globalização”, nesse sentido, é cercado de significados e mitos. Alguns autores ³⁹, em sua análise, buscam a desmistificação da globalização. Destacam “o carregado conteúdo ideológico do termo” no que se refere à utópica direção do conceito voltada para um predominante sistema internacional autônomo e socialmente sem raízes, “onde os mercados de bens e serviços se tornam crescentemente globais” (p. 41)

Porém, primeiramente, longe de esgotar o conceito sob uma exclusiva abordagem, vale apontar perspectivas mais ampliadas da globalização. O conceito da globalização não descreve o processo como um todo, “mas o faz somente de um certo ponto de vista” ⁴⁰ (p. 33). Para os autores, juntamente com a “globalização do grande capital, ocorre a fragmentação do mundo do trabalho, a exclusão de grupos humanos e o abandono do continente e regiões”, além da “concentração da riqueza em certas empresas e países, a fragilização da maioria dos Estados”, dentre outros. Essa relação de poder, que é concentrada e assimétrica, se repete na concentração e na posse das tecnologias e das inovações por parte dos países centrais.

Ademais, as mudanças provocadas pela globalização requerem readaptações e reestruturações na hierarquia política e econômica das sociedades nacionais, nas atividades e nos setores produtivos, nas formas de organização e atuação das instituições, inclusive nos centros de pesquisa e desenvolvimento e na atuação do Estado e do indivíduo ³⁹. Fato este que resulta na exigência de novas políticas para o desenvolvimento industrial e

inovativo, sendo que, para os autores, são necessárias revisões das concepções do Estado-nação e das formas de intervenção.

Isto posto, as políticas nacionais e os interesses dos projetos nacionais podem ser parcial ou totalmente comprometidos em função do processo de globalização. Comprometimento que poderia ocorrer por conta da “demora em conhecer melhor suas especificidades e traçar políticas visando sua superação” ⁴¹ (p. 769), identificando novos papéis e formas de estratégias e intervenção do Estado.

Portanto, são reconhecidos a inovação e o conhecimento como protagonistas centrais da dinâmica e do crescimento dos países e de suas respectivas organizações institucionais e empresariais, onde o conhecimento é recurso fundamental para acelerar o processo de inovação, constituindo-se a inovação, segundo os autores, como um “processo de busca e aprendizado, o qual, enquanto dependente de interações, é socialmente determinado e fortemente influenciado por formatos institucionais e organizacionais específicos” ⁴¹ (p.774). Logo, quanto maior o potencial inovativo, maior o impacto competitivo. Entretanto, esse potencial pode ter seu processo mais ou menos influenciado por determinados contextos sociais, políticos e institucionais existentes. Nesse sentido, o processo inovativo e as políticas para estímulo desse processo “não podem ser vistos como elementos isolados de seus contextos nacional, setorial, regional, organizacional e institucional” ⁴² (p.183).

Reconhece-se, portanto, que a fase da aceleração do processo de globalização, notadamente a partir da década de 90, trouxe desafios importantes quanto à formulação e implementação de políticas nacionais, que passaram a ter “alcance, desenho, objetivos e instrumentos reformulados, visando o atendimento dos novos requerimentos impostos por um conjunto de fatores associados ao padrão de acumulação” ⁴³ (p.32), dentre os quais aqueles relacionados à aceleração do processo de globalização.

Adicionalmente, aponta-se a aceleração da globalização da economia com tendência a diminuir cada vez mais as “chances de as especificidades locais poderem ser aproveitadas como alternativa de desenvolvimento

autóctone”³⁹ (p.66). O que nos leva à conclusão de que as empresas locais com determinadas condições de desenvolvimento são candidatas a participarem de uma acirrada e desleal competição com *players* globais fortemente capacitados e habilitados a permanecerem no protagonismo do mercado global, levando as demais empresas a sucumbir às regras estabelecidas pelas grandes corporações.

Resta ao País buscar soluções e mecanismos que o protejam de maiores perdas, notadamente na sua capacidade de desenvolvimento inovativo, tecnológico, produtivo, econômico e social, soluções e mecanismos estes que serão apontados no decorrer deste estudo.

Na busca pelo desenvolvimento da capacidade inovativa e do conhecimento, na busca pelo desenvolvimento industrial e tecnológico [³⁰], os Estados são desafiados a atuar sob uma série de exigências que abrangem a esfera econômica, política e social, sob a égide da soberania nacional. Devendo considerar para tal o que os autores⁴¹ apontam como “a ascensão de novas (e renovadas) forças (econômicas, políticas, sociais, culturais etc.) operando em escala mundial”, além da “crescente subordinação das políticas nacionais a condicionantes externos e supranacionais” (p.775). Portanto, o Estado tem papel central no reconhecimento da diversidade relacionada a essas forças e na condução das políticas adequadas, atentando para a heterogeneidade dessas características, tanto sob a perspectiva nacional quanto internacional.

Segundo Furtado [³¹] citado por Cassiolato e Lastres⁴¹ (p.778), a globalização, nesse sentido, “está longe de conduzir à adoção de políticas uniformes (...)” O autor destaca que as disparidades entre economias não decorrem somente de fatores econômicos, decorrem também de “diversidades nas matrizes culturais e das particularidades históricas”, desafiando, portanto, o Estado ao reconhecimento das variações nacionais e internacionais para a

³⁰ Caracterizada como Paradigma Tecno-Econômico, afeta, embora de forma desigual, todos os setores. Nesse sentido, “novos requerimentos têm sido impostos à economia mundial, envolvendo, além de importantes mudanças tecnológicas, várias mudanças organizacionais e institucionais”⁴¹ (p.775), associada a uma nova fase do desenvolvimento do capitalismo mundial, “denominada de Era da Informação e do Conhecimento”.

³¹ Furtado, C. O Capitalismo Global. São Paulo: Paz e Terra, 1998. p. 74.

formulação de políticas que fortaleçam o padrão competitivo, tanto nacional quanto internacionalmente.

Conclusão essa corroborada quando se afirma que não há um caminho único “por mais estreitas que sejam as margens de manobra, há sempre um espaço para a criatividade na busca de alternativas próprias” ⁴⁴ (p. 9). Para a autora, países em desenvolvimento devem realizar suas próprias escolhas, “consultando seus interesses e respeitando suas especificidades históricas e culturais”. Sob esse contexto, afirma a autora:

“a busca de uma alternativa nacional é não só possível, como crucial, implicando autonomia de reflexão, independência de ação e, certamente, um Estado ativo e com alta capacidade de coordenação de forma a conduzir a transição para uma das possíveis variedades de capitalismo, conciliando estabilidade econômica, crescimento sustentado e maior equidade social”. (p.16)

Cabe ao Estado, portanto, atuar de forma estruturada em busca de maior desenvolvimento inovativo, econômico, tecnológico e social, valendo-se da atual fase do processo da globalização no que se refere aos novos padrões de acumulação associados às tecnologias de informação. Atuação essa que poderá ser mais bem desempenhada se o Estado possuir coesão, estratégia e políticas eficientes para o melhor aproveitamento das oportunidades para a consolidação do seu desenvolvimento e de sua capacidade competitiva.

Vale destacar que a informação e o conhecimento pautam as transformações da nova fase de desenvolvimento do capitalismo mundial [³²], redirecionam as políticas nacionais e as condições para a sua implementação, afetando as perspectivas de crescimento e do próprio desenvolvimento nacional, além da interação dos governos com suas economias, isto é, da política com a economia, tanto no âmbito nacional quanto no internacional [³³].

³² Nesse contexto, o paradigma das tecnologias de informação inaugurou uma nova dinâmica tecnológica e econômica internacional: “o conhecimento torna-se um ativo primordial de competição, ao mesmo tempo em que vêm-se impondo novas formas de organização e interação entre as empresas e entre estas e outras instituições (incluindo as de ensino e pesquisa) e favorecendo rápidas mudanças nas estruturas de pesquisa, produção e comercialização” ³⁹ (p. 43).

³³ Nessa direção, outras características podem ser destacadas ⁴¹ (p. 775-6): (a) “a intensificação da complexidade das novas tecnologias e a aceleração dos novos desenvolvimentos, implicando uma taxa

Defende-se, nesse sentido, que a competitividade tem relação estreita com a capacidade inovativa das empresas e dos países. Observa-se a sua relação direta com o conhecimento. Logo, investir em P&D é investir em uma força diferenciadora para nortear o crescimento econômico.

Nesse sentido, vale destacar que o apoio público à atividade de P&D e inovação nas empresas é uma prática comum nos países desenvolvidos, admitida pela Organização Mundial do Comércio [³⁴].

Por outro lado, atividades de P&D são realizadas em conjunto em diversas partes do planeta - sob a égide da centralização do ativo mais estratégico, o conhecimento, e são controladas e coordenadas por transnacionais, graças aos mesmos avanços das tecnologias de comunicação e de informação. Sendo denominadas como globalização tecnológica, ou como “tecnoglobalismo” ³⁹.

Esses autores interpretam visões paradoxais do tecnoglobalismo. Para alguns autores, o tecnoglobalismo desloca os sistemas nacionais de inovação, “tornando redundante, e no limite sem efeito, qualquer tentativa por parte dos governos nacionais em promover o desenvolvimento tecnológico doméstico” ³⁹ (p.46).

Sob essa perspectiva protecionista, as atividades estratégicas de inovação são desenvolvidas na matriz e, portanto, nos países de origem das grandes empresas e, quando compartilhadas, o são de forma monitorada e controlada. Mantém-se, portanto, a matriz como detentora dos principais conhecimentos relacionados aos seus processos de inovação (que são

de mudança mais rápida nos processos e produtos”; (b) “o aprofundamento do nível de conhecimentos tácitos, não codificáveis e específicos de cada unidade industrial e a ampliação da necessidade de investir em intangíveis, tornando-se a atividade inovativa ainda mais localizada e específica”; (c) “as mudanças nos processos de produção e as mudanças fundamentais na estrutura organizacional das empresas, gerando maior integração” tanto nas funções das empresas, como entre outras instituições; (d) “os novos requerimentos por regulação e desregulação”; (e) “as exigências de novo formato de intervenção governamental e de novas políticas de promoção do desenvolvimento industrial e tecnológico”.

³⁴Segundo MCT, 2007 - Ciência, Tecnologia e Inovação para o Desenvolvimento Nacional, www.mct.gov.br, na média dos países europeus, por exemplo, 35% das empresas industriais inovadoras no período de 2002 e 2004 receberam financiamento público para o desenvolvimento de suas atividades inovativas. Segundo o relatório, “no Brasil, a proporção de empresas industriais com atividades inovativas que são financiadas pelo governo é especialmente reduzida - 19% no período de 2003-2005”.

fortemente influenciados por seus sistemas nacionais de inovação). Inovações e respectivos processos que são compartilhados de forma calculada, isto é, desde que já estejam em domínio público e/ou em declínio do seu valor agregado e/ou que não sejam mais um ativo estratégico, tanto em termos tecnológicos quanto em retorno financeiro.

Conseqüentemente, a transferência e a difusão da tecnologia para os espaços periféricos são sempre parciais, “dificultando ainda mais do que no passado a possibilidade de criação de uma capacidade endógena de progresso técnico” ³⁹ (p. 49).

Ampliando essa perspectiva protecionista para uma perspectiva indutora e colonialista, vale ressaltar que, ao mesmo tempo em que as grandes empresas exportam seus produtos e serviços em escala mundial e internacionalizam seus processos de produção em busca de condições mais atraentes para a sua capacidade produtiva e inovativa, também agem como indutoras de “padronização e homogeneização do consumo, da produção e da tecnologia” ³⁹ (p. 47).

No que se refere à geração e à realização de acordos de cooperação tecnológica, limitam-se a espaços econômicos “onde informações e conhecimentos são produzidos e circulam” ⁴¹ (p.772). Nesse sentido, reiteram os autores:

“assim, contrariamente à visão mais ou menos difundida sobre uma pretensa internacionalização dos esforços e resultados do desenvolvimento científico e tecnológico, o padrão que se observa é o de uma concentração nitidamente nacional de tais atividades, com as articulações sendo efetuadas quase que exclusivamente no âmbito dos países mais avançados” (p. 772).

O que pode ser comprovado quando se analisam dados sobre patentes e acordos de cooperação relacionados aos países da OCDE ³⁹:

“a geração de tecnologia permanece basicamente ‘doméstica’, no sentido de que o essencial da P&D continua sendo desenvolvido nos países de origem das empresas; a colaboração internacional, por sua vez, é um fenômeno que diz respeito essencialmente às empresas dos países desenvolvidos e, deste modo, ‘triadizada’; configura-se, portanto, a visão de empresa-

polvo que usa seus tentáculos para adquirir e explorar em cada país suas excelências em pesquisa, mais propriamente do que descentralizar seu cérebro” (p.46-7).

Nesse sentido, a globalização tende a reforçar o “caráter cumulativo das vantagens competitivas baseadas na inovação das grandes empresas transnacionais, mas pode estar enfraquecendo a base de recursos e coesão organizacional dos sistemas domésticos de inovação”.⁴¹ (p.778).

Têm-se, portanto, a propriedade, o controle e grande parte das atividades em P&D sendo formuladas e desenvolvidas nos países de origem das grandes empresas e, para os autores, a tese da globalização tecnológica, na verdade, representa um caso de não-globalização, ou melhor, um caso da “triadização [³⁵] (ao invés da globalização) tecnológica”. Isto é, trata-se de um processo que vem se desenvolvendo, notadamente, entre os países mais desenvolvidos.

A fim de que seja garantida posição estratégica para empresas e governos no domínio das tecnologias de ponta, como forma de conquistar e garantir posições hegemônicas no cenário econômico e político internacional, multiplicam-se os obstáculos à circulação dos conhecimentos científicos e tecnológicos³⁶. Como consequência, o progresso tecnológico e seus efeitos chegam à periferia de maneira restrita e segmentada, resultantes de decisões tomadas dentro do oligopólio mundial.

Essas decisões, fortemente concentradas, apresentam poder cada vez maior na hierarquização econômica dos espaços políticos nacionais, estabelecidas a partir da importância deles para os governos ou empresas decisoras. Segundo os autores, como resultado desta reordenação, não se observa uma globalização tecnológica, difundindo conhecimento, e sim um maior estreitamento do acesso dos países menos desenvolvidos ao conhecimento e às tecnologias de ponta: “sua utilização flexível e segmentada corresponde a este controle concentrado”³⁹ (p.48).

³⁵ Isto é, no que se refere às redes de P&D os países alvos se concentravam na “triade” Estados Unidos, Japão e Europa.

Quanto aos países em desenvolvimento, notadamente os latino-americanos, percebe-se uma mudança no comportamento dos seus processos de inovação nas últimas décadas. Em estudo avaliando a década de 90 ⁴¹, foram observados os seguintes movimentos: (a) esperava-se que, em função da retração dos Estados nos financiamentos das atividades científico-tecnológicas, houvesse um papel mais efetivo dos agentes privados, o que, de fato, não ocorreu; (b) um crescente uso de bens de capital importados, além de uma maior utilização dos demais componentes importados, o que acabou por enfraquecer a capacidade fabril doméstica, destruindo, inclusive, cadeias produtivas locais; (c) a maior parte das firmas locais cuja capacidade de desenvolvimento tecnológica era premente, acabou por ser, ou absorvida por empresas estrangeiras, ou fechadas.

Em referência ao Brasil, historicamente este País é apresentado como excluído dos processos gerais de geração e de cooperações internacionais de tecnologia, porém incluído no processo de exploração global de tecnologia, conforme aponta Maldonado [³⁶]:

“as multinacionais são mais propensas a realizar a comercialização e exploração de suas inovações no território nacional via patenteamento, mais propriamente do que o desenvolvimento de atividades tecnológicas no País, seja de forma individual ou em parceria com empresas nacionais. Em relação à importação de tecnologia (...) vem ocorrendo uma diminuição destes fluxos, o que significa um acesso cada vez mais restrito às novas tecnologias por parte dos agentes nacionais” ³⁹ (p.49).

Portanto, as novas formas de investimento externo nos países em desenvolvimento estrategicamente posicionam estes países como países receptores de tecnologias ultrapassadas e há muito exploradas, sem valia inovativa e tampouco consideradas como ativo estratégico para os países desenvolvidos:

“concentram-se em projetos que utilizam tecnologias estáveis ou maduras, apontando-se como principal

³⁶ MALDONADO, J. M. V. **O Brasil face ao processo de globalização tecnológica: o segmento de novos polímeros em foco.** Rio de Janeiro, 1996. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro.

motivo para tal o fato de as empresas estrangeiras estarem mais propensas a dividir o controle e a propriedade de um investimento quando a tecnologia envolvida é amplamente disponível ou não se constitui em um ativo estratégico”.³⁹ (p. 49).

É a partir deste contexto que se evidencia o posicionamento da América Latina e do Mercosul³⁹ (p. 50), considerando-se “a aderência quase que ilimitada aos princípios do Consenso de Washington, que resultou na ausência completa de políticas ativas de promoção ao desenvolvimento industrial e tecnológico” (o que, no entanto, não é pactuado pela experiência dos países mais avançados). Os autores consideram também a perda do dinamismo das economias da região, o que acabou por conduzir, pelo declínio dos investimentos, a uma “defasagem na absorção das transformações tecnológicas e organizacionais” e a uma perda de posição desses países no comércio internacional.

A partir do século XXI, percebe-se um maior esforço governamental em mudar esse cenário. Temos o caso brasileiro que, desde então, vem promovendo ajustes macroeconômicos em sua economia, prestigiando o desenvolvimento produtivo local, por meio de parcerias entre os setores público e privado³⁷ e formulando políticas públicas estratégicas para o fortalecimento da capacidade de produção local e para a promoção da inovação.

É sob essa perspectiva que a inovação no Brasil, a partir do final da década de 90, marcado é marcada pela construção das políticas científicas e tecnológicas, evidenciando-se, inclusive, a adoção de novas e estratégicas prioridades na agenda de políticas nacionais, inclusive na área da saúde. A política, nesse sentido, exerce um papel estratégico, pois “deve dar conta das dimensões do conhecimento e dos atores envolvidos na

³⁷No tocante à saúde, até o ano de 2011 as parcerias na saúde envolviam 32 laboratórios, sendo dez públicos e 22 privados nacionais e estrangeiros. Têm a expectativa de gerar uma economia de R\$ 400 milhões/ano, aplicados em inovação tecnológica; além das vacinas, com melhor gestão de recursos, economizando R\$ 500 milhões por ano e R\$ 800 milhões anuais com ganhos de eficiência, levando a uma economia geral de R\$ 1,7 bilhão por ano no orçamento do Ministério da Saúde. Os produtos são voltados, principalmente, para a detecção e tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, doenças crônicas, doença de Crohn, antipsicóticos, hemofilia e tuberculose. Disponível em www.saude.gov.br 17.11.2011

pesquisa em saúde em função da complexidade dos processos de produção de conhecimento científico e tecnológico no setor” [38].

A agenda contemporânea nacional ganha, portanto, além dos ajustes macroeconômicos, novas diretrizes que marcam a passagem do neoliberalismo para uma política menos excludente e mais igualitária que redefinem prioridades para a agenda pública ⁴⁴:

“passam ao primeiro plano temas como a redução da exclusão social, o inconformismo diante de uma posição periférica na ordem internacional, a aspiração por transformações na geopolítica mundial, pela busca de autonomia e pelo reforço da integração regional, pela diversificação das parcerias e alianças, pela revitalização do debate sobre as reformas sociais, ou, ainda, pela defesa de novas formas de inserção externa” (p.10-1).

“O novo milênio apresenta-se como um ambiente marcado pela controvérsia e pelo debate” ⁴⁴ (p.10). Logo, não é de se estranhar que o novo debate em curso paute-se em torno de estratégias de desenvolvimento e de formas alternativas de inserção na ordem global.

Portanto, a fim de alcançar esses objetivos, o que se tem observado, notadamente na última década, é o estabelecimento de novas diretrizes políticas³⁹ por parte do governo nacional para um maior dinamismo nas ações que visem ao desenvolvimento tecnológico, inovativo e produtivo do País. A viabilização das capacidades relacionadas aos bens sociais, econômicos e tecnológicos que requerem informações e conhecimentos inovativos, principalmente relacionados às áreas da saúde, da ciência e tecnologia, da defesa e da energia têm sido alvos de ações, financiamentos e políticas públicas coordenadas a fim de garantir a sua promoção [⁴⁰].

³⁸ Conforme preconiza o Consolidado dos Relatórios das Conferências Estaduais de Saúde, Brasília, 07 a 11.12.2003.

³⁹ Diretrizes essas objetos de análise no capítulo IV do presente estudo.

⁴⁰ Como por exemplo, o que pode ser observado na priorização dada pela Política de Desenvolvimento Produtivo (2008), do Ministério da Indústria e Comércio Exterior; o “PAC da Inovação” (2007), do Ministério da Ciência e Tecnologia; e, mais recentemente, o Plano Brasil Maior

Finalmente, a globalização, considerada assimétrica, não tornou o mundo mais harmônico. Afinal, o conhecimento, a inovação, a P&D, a tecnologia, a informação são fontes de poder e estão localizados em países mais desenvolvidos, com distanciamento crescente das dinâmicas inovativas e desenvolvimentistas entre as empresas e instituições dos países menos desenvolvidos.

Isto posto, a globalização não eliminou o papel dos Estados nacionais da luta de poder entre os Estados, isto é, nas suas relações internacionais. Nesse sentido, a busca por inovação, por maior conhecimento e mais informação, tornou-se estratégica e fundamental para o equilíbrio dos poderes entre os Estados nacionais, além do seu próprio e sustentável desenvolvimento econômico interno.

(Brasil, 2011), lançado ainda em 2011, que dá continuidade tanto à PDP quanto à Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior (PITCE, 2003).

CAPÍTULO III - INSERÇÃO DO BRASIL NO CONTEXTO INTERNACIONAL DA SAÚDE

“A globalização é irrefreável, sobretudo por corresponder a muitas exigências dos seres humanos”. Essa frase de Berlinguer ⁴⁵ (p.21) representa a pluralidade de entendimentos sobre o tema. Corresponde à acumulação de capital, a migrações de povos, à informação simultânea, aos sistemas de poder, ao trabalho humano, aos conhecimentos científicos, à tecnologia, além de principalmente corresponder ao predomínio das finanças internacionais. Sua origem intencionou, segundo o autor, a negação da função política e da democracia. Mas, como dito inicialmente, a globalização é irrefreável, assim como o é a vontade humana. Positiva, pelo grau de conhecimento e desenvolvimento, porém, negativa, se desequilibrada em termos de poder e metas. Portanto, o “jogo está na mesa”. E a “mesa pode ser virada” e limitar o arbítrio de alguns países e/ou instituições monetárias, destacando-se os direitos humanos fundamentais e legitimando esses interesses globais como universais e irrevogáveis, em que se destaca a saúde e também a segurança “como direito à vida e como condição para o exercício de todas as liberdades” ⁴⁵ (p. 36).

E sendo assim, inimagináveis até muito pouco tempo atrás, os novos cenários do contexto global têm sido reflexos da dinâmica estabelecida pelas mudanças contemporâneas e pelo vigor com que as mesmas acontecem.

A julgar pelo comportamento dos países que compõem o sistema mundial em tempos recentes, há de se considerar que novas formas de convivência e de pertencimento a esse sistema ultrapassam a ideologia e alcançam os próprios interesses estatais, tornando-se mais pragmáticos, não mais ditados pelos dogmas e conceitos de regimes fechados ou capitalistas. O que se reflete também na América Latina. Os Estados têm, nesse sentido, atuado em busca do equilíbrio entre ganhos e perdas, isto é, entre benefícios e riscos. [⁴¹]

⁴¹ Corrobora nesse sentido destacar países como China e Cuba que, até então, orbitavam em um cenário de bipolaridade mundial, passam para a abertura econômica e social – a despeito do ainda forte controle estatal, comportando, por exemplo, na saúde, relações entre empresas públicas e privadas.

E é sob o contexto da globalização fortemente assimétrica que as nações se deparam com novos desafios para seu fortalecimento político e econômico.

No tocante ao Brasil, em estudo recente ^[42], o IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada defende que as mudanças contemporâneas ocorridas nos sistemas globais, tanto econômico quanto político, vem permitindo ao País novas oportunidades de superação dos desafios e dos entraves que impedem seu desenvolvimento: “o momento atual aponta para uma confluência inédita da redução da pobreza, queda de desigualdade e dinamismo econômico” ⁴⁶ (p.3). Depreende-se do estudo que o Brasil está diante de oportunidades de superação das condições estruturais que o imobilizara nas últimas décadas e que, frente às mudanças globais recentes, poderá encontrar meios de reposicionar seu dinamismo econômico.

Situação essa que já reflete o reposicionamento do Brasil na economia mundial. Conforme dados do estudo do IPEA, partindo-se da instabilidade econômica e social, afinal na década de 90 encontrava-se como 8ª economia mundial passando para 13ª posição em 2000 (quando o nível de desemprego aumentou de menos 2 milhões para cerca de 10 milhões de trabalhadores desempregados), o País chega em 2011 como a sexta posição econômica mundial. Reposicionamento motivado, segundo esse estudo, pela retomada do dinamismo econômico no Brasil, aliado ao direcionamento redistributivo das políticas públicas e o baixo dinamismo nos países ricos.

A despeito do reposicionamento brasileiro motivado pelas “transformações mais amplas na economia (renda, ocupação, entre outros) e nas políticas públicas (educação, garantia de renda, entre outros)” ^[43] ⁴⁶ (p.4), cuja convergência de políticas públicas no segmento social é base estruturante para o novo padrão de mudança social (concomitante com o desenvolvimento econômico), é preciso entender e ultrapassar “as mudanças recentes na ordem

⁴² Comunicados do IPEA nº 100 – Mudanças na Ordem Global: desafios para o desenvolvimento brasileiro – 23.11.2011. Disponível em <http://www.ipea.gov.br>, acessado em 03 de janeiro de 2012.

⁴³ Não é intenção desta tese aprofundar o estudo nos indicadores econômicos registrados no Brasil nem a análise dos diferentes padrões de mudança social percebidos no reposicionamento brasileiro nos últimos anos. Para mais detalhes, ver Comunicado do Ipea nº 100: Mudanças na Ordem Global: desafios para o desenvolvimento brasileiro.

global, sua lógica e tendências” (p.7) e na visão da promoção contemporânea do projeto nacional de desenvolvimento, procurar identificar os desafios e oportunidades que surgem “num cenário de realinhamento de poder econômico e político entre as nações” ⁴⁶ (p.7).

Otimismo questionado quando comparamos os indicadores das maiores economias do mundo. Conforme pode ser observado na tabela 1, o posicionamento do País se dá em função do tamanho da sua população. Quando comparado à renda *per capita* do Reino Unido, a renda brasileira equivale a um terço da britânica. Assim como, em sentido oposto, quando comparamos o PIB *per capita* chinês ao do brasileiro, que, a despeito de ser a China a segunda economia pela projeção do PIB total, representa menos do que a metade do PIB *per capita* brasileiro.

Tabela 1 – As Principais Economias no Mundo (PIB) 2011

Países	PIB Total (Trilhão US\$) 2011	PIB <i>per capita</i> (Mil. US\$) - 2011
EUA	15,1	48,4
CHINA	7,3	5,4
JAPÃO	5,9	45,9
ALEMANHA	3,5	43,7
FRANÇA	2,8	42,4
BRASIL	2,5	12,6
REINO UNIDO	2,4	38,8
ITÁLIA	2,2	36,1
RUSSIA	1,9	13,1
INDIA	1,8	1,5

Fonte: Banco Mundial, <http://databank.worldbank.org/>. Acesso: em 10.08.2012

Portanto, a despeito do posicionamento brasileiro no *ranking* das principais economias do mundo, o PIB *per capita* do País, quando comparado aos demais países desenvolvidos, reflete vulnerabilidades e desafios que devem ser ultrapassados. Se considerarmos como indicadores investimentos

em P&D em relação ao PIB, países como Suécia (3,89%), Finlândia (3,48%), Japão (3,36% em 2009), Coreia do Sul (2,99%), Estados Unidos (2,90% em 2009), Alemanha (2,82% em 2010), Cingapura (2,27% em 2009), França (2,26% em 2010), Canadá (1,92% em 2009), Reino Unido (1,77% - 2010), China (1,70% em 2009), e Rússia (1,16% em 2010) quando comparados ao Brasil (0,97% em 2005 e 1,16% em 2010), à Hungria (0,94%), África do Sul (0,93% em 2008), Portugal (0,80% em 2005 e 1,59% em 2010), Turquia (0,67%) e Argentina (0,51% em 2007) – dados do *Main Science and Technology Indicators (MSTI)*, 2007, OCDE; *World Development Indicators (WDI)*, 2006 [44] posicionam o Brasil como intermediário no cenário internacional “tanto no campo acadêmico quanto no produtivo, distante ainda das nações desenvolvidas, ainda que em posição superior a dos países de correspondente nível de desenvolvimento”. A situação brasileira se agrava quando comparada a valores absolutos de investimentos em P&D na relação com o PIB dos demais países. Países desenvolvidos, como os EUA, investem percentuais maiores sobre um PIB que já é elevado, o que resulta em volumes altos de investimentos em P&D.

Soma-se a ainda o fato de que as empresas brasileiras investem em atividades de P&D uma pequena proporção do PIB (0,51%), “inferior ao que fazem as suas congêneres nos países mais avançados, mas relativamente superior as de países como Argentina e Portugal” 47.

O mesmo limite se aplica quando focamos a análise para a perspectiva empresarial, baixo índice de investimento quando comparado às empresas de países mais desenvolvidos, o que perpetua o posicionamento mediano frente aos demais países. Segundo relatório do MCT 47, “as empresas industriais no Brasil, que desenvolveram atividades inovativas, investiram cerca de 0,9% de seu faturamento em atividades de P&D, em 2005, muito abaixo do que ocorre em países como Alemanha, França e Holanda, em que a proporção varia entre 2,2% e 2,7%, mas superior ao que se verifica, por exemplo, na Argentina e em Portugal, onde a proporção se situa na faixa dos 0,3 e 0,4%”.

⁴⁴ Disponível em www.mct.gov.br, acesso em 05.04.2012.

Quando avaliado sob o enfoque da dotação orçamentária governamental em pesquisa e desenvolvimento (P&D) por objetivos socioeconômicos, isto é, saúde, controle e proteção do meio ambiente, desenvolvimento social e exploração da terra e da atmosfera, o investimento brasileiro na área da saúde e meio-ambiente deixa muito a desejar quando comparado a países desenvolvidos e alguns países em desenvolvimento, conforme pode ser observado na tabela 2 a seguir.

Tabela 2 - Orçamento Governamental em P&D (%) – Objetivo Socioeconômico Saúde e Meio-Ambiente – Brasil e OCDE, 2000-2011

País	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Brasil	7,8	8,4	6,3	7,8	9,0	9,1	9,6	8,6	8,1	8,0	6,7	-
Alemanha	9,4	9,6	9,4	9,9	10,2	10,1	10,1	10,2	9,9	10,3	9,2	9,3
Argentina	17,5	17,5	16,6	18,7	18,2	17,4	17,0	19,4	19,1	-	-	-
Australia	18,7	19,0	19,9	20,8	23,3	27,2	31,8	27,9	31,6	31,1	32,5	33,2
Canadá	21,3	21,5	23,8	23,9	23,0	24,2	23,8	24,8	23,4	-	-	-
Coréia	14,8	15,5	16,4	16,1	15,5	13,8	16,2	15,3	14,0	14,0	13,8	14,1
Espanha	15,6	12,8	13,1	13,8	19,3	19,1	20,5	21,2	19,3	18,5	19,0	-
EUA	49,9	51,2	54,4	55,8	55,5	55,8	54,8	54,7	54,7	58,1	56,2	-
França	9,7	12,0	12,2	12,4	12,4	11,8	13,4	13,2	11,1	11,8	12,6	9,8
Italia	10,4	11,6	-	-	-	15,1	15,5	20,3	19,4	16,4	18,0	18,6
Japao	6,6	7,0	6,8	6,9	6,9	5,8	6,8	7,1	7,2	7,2	7,4	7,0
Mexico	7,9	7,8	16,4	20,6	18,5	20,5	16,4	-	-	-	-	-
Portugal	12,8	14,0	13,6	12,7	14,1	12,8	11,1	12,3	15,7	17,7	18,0	18,2
Reino Unido	28,3	26,6	24,8	26,0	27,3	25,8	26,8	26,7	29,1	28,8	31,5	-
Rússia	11,4	9,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: *Organization for Economic Co-operation and Development, Main Science and Technology Indicators 2011/2 in Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde*. Disponível em www.mct.gov.br/index.php/content/view/336722.html. Acesso em: 22 de julho de 2012.

A Tabela 2 posiciona o Brasil de forma crítica perante os demais países e reflete ação mais assertiva dos governos dos demais países, em que os percentuais aplicados em P&D são mais representativos, como é o caso da

Austrália, do Reino Unido e dos Estados Unidos, este último tendo no governo o seu maior investidor. A assimetria observada na tabela indica um reflexo da baixa prioridade que essa área representa na alocação do orçamento governamental do Brasil em P&D. Situação, portanto, que pode ser observada quando, em comparação internacional da distribuição dos gastos por objetivos socioeconômicos, o País apresenta alocações menores do que os dos demais países relacionados na Tabela 2.

Portanto, pode-se concluir que as condições estruturais da economia brasileira vigentes no passado não criaram condições adequadas para o desenvolvimento tecnológico endógeno e, portanto, os esforços institucionais para inovar e agregar valor aos bens e serviços até então incipientes, limitaram a sua inserção na dinâmica tecnológica e econômica do mundo globalizado.

Em que pese a economia brasileira situar-se entre as seis primeiras economias mundiais, há muitos desafios a serem ultrapassados nas questões relacionadas à educação, renda, infraestrutura, saúde, segurança, dentre outras tão importantes quanto as citadas. Porém vale ressaltar que economia grande é também aquela que produz tecnologia, que tenha capacidade produtiva e de inovação. Portanto, é preciso crescer com qualidade onde a educação e a saúde, o conhecimento, a pesquisa, a tecnologia e a inovação sejam pilares para o desenvolvimento brasileiro, cabendo ao Estado a implementação de políticas industriais e tecnológicas provedoras do desenvolvimento econômico nacional.

No entanto, para dar sustentação à convergência dessas políticas públicas, a fim de se tornarem estruturantes para o desenvolvimento nacional brasileiro, deve-se compreender as mudanças recentes na ordem global. É preciso considerar que um projeto nacional de desenvolvimento somente será possível se forem considerados os limites e as possibilidades decorrentes das transformações no capitalismo global. Nesse sentido, “é preciso compreender que as mudanças do mundo impactaram profundamente a relação entre o nacional e o global”, de maneira que “economia nacional pressupõe a integração internacional” ⁴⁶ (p.20).

E é nesse sentido que o Brasil vem exercendo uma série de movimentos e iniciativas de política exterior que colocaram o País em aliança com os países mais desenvolvidos – relação Sul-Norte, assim como em coalizão com os países menos desenvolvidos, em sua relação Sul-Sul. Movimentos esses que, na percepção de Correa ³³, estão em sintonia com os poderes internos, porém dependentes da relação de poder no plano internacional.

A respeito do que defende Correa ³³ quanto aos poderes internos, Lima⁴⁸ reitera a relação entre a política externa e os interesses domésticos que por ela são representados, podendo avançar ou não em função da dependência dos atores nacionais, sejam eles o próprio Estado, os atores políticos, incluindo a decisão do legislativo (que exerce forte influência decisória na internalização de questões de política externa na agenda doméstica), além dos poderes federal, estaduais e municipais, de coalizões diversas, do interesse do empresariado, da mídia, das organizações públicas e privadas, das ONG's, da opinião pública e da sociedade como um todo. Portanto, a política externa está ligada à estrutura doméstica e à política nacional, e é resultante das múltiplas forças e dos interesses dos atores envolvidos.

Ademais, a despeito dos interesses domésticos, “é fundamental compreender que as mudanças no mundo também mudaram a posição do Brasil nele” ⁴⁶ (p. 21). A convergência das políticas e estratégias nacionais de longo prazo à superação dos desafios para a atuação brasileira na ordem global objetiva ao Brasil maiores condições de superação do atual status de País em desenvolvimento. Segundo o estudo ⁴⁶, os desafios a serem superados passam pelas seguintes considerações: (a) “o deslocamento do centro dinâmico da economia global e o papel do BRICS”; (b) “a inserção do Brasil nas transformações tecnológicas do padrão de acumulação capitalista”; (c) “a necessária dimensão ambiental do desenvolvimento econômico” e (d) “a possibilidade de construir uma governança planetária legítima, de acordo com as grandes mudanças operadas no seio das relações internacionais” (p.21).

Quanto ao primeiro desafio, o papel do Brasil no BRICS, o estudo do IPEA ⁴⁶ aponta o movimento global em direção à multipolaridade [⁴⁵] em adequação às novas condicionantes políticas e econômicas. A questão ideológica deixa de existir, porém não desapareceram os contenciosos relacionados à política hegemônica: “a tônica da política externa tem sido desde então pressionar por relações internacionais mais equitativas e pela ampliação do centro decisório mundial” ⁴⁹ pressões essas presentes de forma mais discreta na gestão do governo FHC (1995-2002) e mais intensas na gestão Lula (2003-2010).

E é sob esse novo contexto que o Brasil vem se destacando com forte atuação junto aos BRICS (o conceito de mercados emergentes provocou o lançamento, em 2001, do acrônimo BRIC para caracterizar novos mercados de massa nos países fora do eixo do Atlântico Norte ⁵⁰) que tem, nos últimos anos, representado a contrapartida da crise econômica internacional. Porém, não se pode deixar de ressaltar que o movimento protagonista chinês [⁴⁶] dentro do BRIC é absoluto: “é o centro dentro desse novo centro” ⁴⁶ (p.10), criando-se um “mundo sino-centrado em uma indicação de se estar assistindo a um processo gradual de difusão de poder econômico em marcha mais acentuada desde o início da década de 2000” ⁵⁰ (p. 02). Exercendo, conseqüentemente, fortes implicações para a estabilidade e homogeneidade do BRIC dadas as assimetrias econômicas entre a China e os demais países no grupo. Considerando ainda que “quando os foros tradicionais de decisão se vêem na contingência de incluir membros deste grupo de países” ⁵¹ (p.05) devido à sua importância na economia mundial e quando o regionalismo acaba se sobressaindo no contexto global, impera-se a importância do fortalecimento do papel político e econômico que cabe ao Brasil dentro e fora desse grupo de países.

⁴⁵ “Com a derrocada da União Soviética (1991) e a restauração do capitalismo na China, desapareceu o conflito ideológico Leste/Oeste, substituído por novas formas de antagonismo entre Sul (países em desenvolvimento) e Norte (países desenvolvidos) – Frias Filho O. Brasil, 2050: um horizonte Geopolítico. Folha de São Paulo, 10 abr. 2011. Caderno Ilustríssima.

⁴⁶ “Entre 1979 e 2005, o PIB chinês passou de menos 150 bilhões de dólares para 1,65 trilhões, o comércio exterior aumentou de 20,6 bilhões para 1,15 trilhões, e a renda *per capita* cresceu de 190 dólares para 1.200 dólares”, aumentando a sua participação na economia global de cerca de 1% para 4% (Eisenman *et al*, 2007, p.XIV *apud* Lima ⁵⁰ (p.02). Esses indicadores refletem a inserção vigorosa da China na economia internacional.

Complementando o estudo do IPEA, entendemos que, dada a importância estratégica, política e socioeconômica que representa o processo de integração regional para o Brasil, a América do Sul tem-se traduzido em um ambiente favorável para a intersecção dos interesses das economias sul-americanas, como base de integração e consolidação fortalecida de um espaço unificado na América do Sul que traduza as vontades regionais e resulte no fortalecimento conjunto perante o contexto geopolítico internacional. Assim, corrobora Jaguaribe ⁵² (p.173):

Nas próximas décadas, o sistema internacional tenderá a se cristalizar em torno de grandes blocos ou países continentais. Nesse cenário, o Mercosul é o principal instrumento de que dispõem os seus membros para assegurar a proteção de seus interesses e, a longo prazo, preservar suas respectivas identidades nacionais. Para alcançar esses objetivos, são necessárias uma maior institucionalização do bloco, a ampliação em direção aos demais países da América do Sul (...).

Complementarmente, vale destacar que, com o século XXI, desponta o Brasil, alcançando uma projeção do seu poder externo pautada pela “premissa de que o aumento da margem de ação externa do Brasil é facilitado pela diversificação de seus vínculos internacionais”, denominando-se como a “autonomia pelo universalismo” ⁵³ (p. 53). Além da busca por novos horizontes, até então espaçados pela centralidade do sistema mundial, e pela consolidação do continente sul-americano, as relações com a África também continuam prioritários na relação do Brasil com os países do Sul, haja vista sua efetiva participação na CPLP, no IBAS, além do BRICS.

No que se refere à inserção no padrão de competição monopolizado e à revolução tecnológica global, a análise do IPEA chama a atenção para a construção de um padrão de competição (em consequência do modelo de globalização neoliberal) monopolizado pelas corporações transnacionais [⁴⁷]. O que resulta “no aprofundamento do processo de concentração competitiva sem

⁴⁷ Segundo o estudo do IPEA ⁴⁶ (p. 10). “na primeira década de 2000, não mais do que 500 corporações transnacionais possuíam faturamentos anuais que equivaliam, em conjunto, quase a metade do Produto Interno Bruto mundial”.

paralelo histórico” ⁴⁶ (p.11), retirando do Estado a determinação do protagonismo central:

“essa real concentração tenciona para um processo inédito desde a formação dos Estados modernos, de que não sejam mais os países que detenham empresas, mas sim as grandes corporações competitivas que possuam países, cujo faturamento supera o Produto Interno Bruto de várias nações” (p.11).

Em função dessa perspectiva diminuta para o poder estatal, passa a ser condição estratégica e *sine qua non* o fortalecimento dos Estados. Entretanto, o estudo aponta para o fortalecimento de instâncias supranacionais visando à melhoria das condições gerais de produção dos mercados onde a política também se transnacionaliza, isto é, “somente o fortalecimento do Estado para além do espaço nacional poderá colocar em novas bases a condição humana do desenvolvimento” ⁴⁶ (p.11).

Independente de para dentro ou para fora, ou ainda para ambas as direções simultâneas, é determinante para o Estado “o movimento de rápida internalização da revolução técnico-científico no processo de produção e consumo” ⁴⁶ (p.11). O estudo observa o protagonismo dos serviços gerados pela “economia do conhecimento” e que, a esse novo processo de produção, de tecnologia, de desenvolvimento e de inovação, caiba a harmonia com a sustentabilidade ambiental.

Finalmente, no tocante à participação na governança global, quarto desafio apontado pelo IPEA ⁴⁶, o Brasil tem buscado uma maior e mais efetiva participação na ordem internacional. O que, de certa forma, tem sido assegurada pela crise econômica internacional instalada em 2008, propiciando, desde então, um novo contexto no qual os países em desenvolvimento ganharam um protagonismo mais assertivo e participativo nos organismos e fóruns internacionais.

Preservando-se os interesses nacionais e a sustentação do projeto de desenvolvimento nacional, ao mesmo tempo em que se ativa a sua contribuição na condução da política internacional e nas estratégias de

inserção internacional, os principais esforços de inserção internacional soberana do Brasil no cenário internacional focalizam, segundo o IPEA ⁴⁶, a busca pelo reordenamento da ordem política internacional. Envidando-se esforços junto aos foros multilaterais de decisão para que haja maiores reflexões sobre as “estruturas de poder” e a busca por uma desconcentração relativa, onde prevaleça o debate sobre a multipolaridade no sistema internacional na expectativa de se alcançar maior representatividade e legitimidade na comunidade internacional [⁴⁸].

Ademais, desde os anos 90, temos em prevalência o processo de reforma da ONU cuja proposta é o fortalecimento da dimensão interestatal das instituições das Nações Unidas, enfatizando-se sua democratização e a ampliação de sua representatividade ⁵⁰. Tal reflexão sobre as “estruturas de poder” pauta-se, inclusive, nos frágeis alicerces resultantes da crise econômica contemporânea demandando um novo olhar sobre a ordem econômica internacional, onde países em desenvolvimento, assim como o Brasil, ganham uma nova participação na articulação com as economias dos países desenvolvidos [⁴⁹].

Portanto, países em desenvolvimento estão se reposicionando no novo contexto internacional. Nesse sentido, a análise do IPEA ⁴⁶ (p.19) conclui:

“a reforma na arquitetura financeira internacional e a reorganização da estrutura de poder das instituições multilaterais, legitimando o papel crescente dos países em desenvolvimento na gestão da ordem financeira internacional, deve ser uma luta brasileira por entender que a governança atual aumenta a desigualdade, traz retrocesso nos direitos sociais e reduz o raio de manobra dos países em desenvolvimento”.

⁴⁸ Isso posto, interessa ao Brasil que o “peso dos países em desenvolvimento no âmbito do Conselho de Segurança das Nações Unidas- CSNU seja equivalente à sua importância na cena internacional” ⁴⁶ (p.19). E, sendo assim, esse objetivo refletirá, certamente, em uma ação contínua do governo brasileiro pela busca do seu assento permanente no CSNU.

⁴⁹ Resultado, principalmente, da articulação do G20, grupo que congrega ministros de Economia e presidentes de bancos centrais de 19 países, grandes economias desenvolvidas e emergentes, além da UE e se reúne todos os anos desde 1999. É composto pelos oito países do G8 (Alemanha, Canadá, Estados Unidos, França, Reino Unido, Itália, Japão e Rússia), além UE, da África do Sul, Arábia Saudita, Argentina, Austrália, Brasil, China, Coreia do Sul, Índia, Indonésia, México e Turquia. Fonte: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/dinheiro/ult91u534294.shtml>. Acesso em: 15.03.2012

Há, entretanto, um longo caminho a trilhar e muito mais o que fazer na arena internacional. Ao considerarmos o exposto pelo estudo do IPEA ⁴⁶, destacando algumas das principais tendências que desafiam a política externa brasileira, utilizamos a delimitação do recorte dado por esse Instituto para abordarmos o mínimo necessário para se compreender o estado da arte da ordem econômica e da política internacionais. É um cenário que se apresenta do contexto internacional e no qual, inegavelmente, o Brasil tem um papel a desempenhar.

Porém, estamos tratando do contexto global, do tamanho do mundo político, do mundo econômico e do social e a análise não esgota a contextualização necessária.

No decorrer deste estudo, incorporaremos a essa consolidação o atual posicionamento do Brasil nas relações internacionais em que a saúde é tema relevante dentro dos novos horizontes voltados para os direitos humanos, para as perspectivas relacionadas à agenda Sul-Sul e no que cabe ao papel indutor do Estado para o fortalecimento e a protagonização do Complexo Econômico Industrial da Saúde.

Com a expectativa de incorporar ao nosso estudo as abordagens que resultam na relação contemporânea da saúde com as relações internacionais, notadamente com a política externa brasileira, adotaremos nas análises a seguir a premissa de que a inserção do Brasil no contexto internacional, na área da saúde, ganhou maior protagonismo a partir das seguintes vertentes:

- (a) Relação mais efetiva da saúde com as relações internacionais, observadas a partir da década de 90.
- (b) Protagonismo na agenda internacional da relação Sul-Sul, fundamentada na cooperação multilateral e nos laços horizontais, da qual emerge a agenda do Complexo Econômico-Industrial da Saúde a partir do seu caráter estratégico na agenda do desenvolvimento, na redução das assimetrias e na questão da própria soberania.

Em consequência a esses movimentos, a importância da inovação emerge no campo produtivo da saúde, isto é, no Complexo Econômico-

Industrial da Saúde, construindo mecanismos e oportunidades para o fortalecimento de uma agenda tecnológica, hegemônica, que previna e reduza a vulnerabilidade estrutural e produtiva fruto da globalização assimétrica de poder e de conhecimento, onde os ganhos são compartilhados dentro e fora das fronteiras nacionais.

1. Saúde nas Relações Internacionais

Apesar do avanço pós Guerra Fria, o diálogo entre saúde e relações internacionais ganhou novos contornos somente a partir do final da primeira década do século XXI, conforme explica Almeida ⁵⁴:

“ganhou novo impulso e adquiriu novos contornos, englobando novos temas e, demandando, mais do que nunca, novas abordagens para a apreensão dessa nova realidade. A saúde global, a governança global em saúde, a diplomacia da saúde, a saúde na política externa nacional, a saúde e a segurança nacional e internacional são exemplos de temas que passaram a ocupar o centro das atenções dos governos, da academia e de inúmeros outros atores – locais, regionais, internacionais e globais.” (p.1).

No tocante ao conceito da saúde global, este pode ser traduzido como questões de saúde que “transcendem fronteiras nacionais e governos e demandam intervenções nas forças e fluxos globais que determinam a saúde das pessoas” ¹ (p.19), caracterizando-se pelo sentido da responsabilidade coletiva pela saúde. Requerendo “novas formas de governança em nível nacional e internacional, as quais procuram incluir uma ampla gama de atores”¹ (p. 19), ultrapassando, segundo esses últimos autores, os usos ideológicos anteriores da saúde internacional [⁵⁰] e compartilhando suscetibilidades, experiências e responsabilidades globais pela saúde.

⁵⁰ Até a década de 90 utilizava-se o termo “saúde internacional” para os fenômenos ligados à saúde em diversos países com reflexos no nível internacional. Segundo Simões, 2009, as agências internacionais têm utilizado o termo “saúde global” para eventos que afetam diversos países e suas populações ao mesmo tempo ⁵⁵. A partir deste ponto do estudo, buscaremos abordar ambas as conceituações conforme as distintas nuances que se apresentarem no texto.

Ademais, dimensões globais e dimensões internacionais relacionados à saúde complementam o conceito da “saúde global”. Segundo diferenciam Paulo Buss e Jose Roberto Ferreira, em documento institucional interno da Fiocruz de 2008, entendem-se como dimensões internacionais as relações políticas e técnicas entre países e organizações internacionais e organismos multilaterais. E as dimensões globais podem ser compreendidas como as que superam as fronteiras nacionais e referem-se a problemas tais como: carência de recursos técnicos, deterioração do meio ambiente e mudanças climáticas globais, pobreza extrema, movimentos migratórios, ameaças de pandemias supranacionais.

E aqui vale destacar o tamanho da responsabilidade global: alcançamos a marca dos 7 bilhões de habitantes e, por estimativa de Frias Filho ⁴⁹, em 2050 o nosso universo estará carregando a 9 bilhões de habitantes, exercendo forte impacto nas questões de saúde, dentre todas as outras que se traduzem em sobrevivência humana.

Não é por acaso, afirma Almeida ⁵⁴ (p.01), que se faz necessária a inter-relação da saúde com as relações internacionais, o que “é claramente recomendada na Declaração Ministerial de Oslo [⁵¹] - *‘Global Health: a pressing foreign policy issue of our time’*, de 2007”.

Daí surge um novo olhar sobre a área da saúde que passa a pertencer a um campo específico da diplomacia [⁵²], a diplomacia da saúde ⁵⁴ que se estabelece a partir do campo de conhecimentos e práticas, além de conjunto de recursos técnicos e políticos, oriundos dos setores governamentais de relações exteriores, saúde e correlatos, para atuar sobre temas de saúde nos

⁵¹A Declaração de Oslo é um mecanismo voluntário, assinado pelos titulares das pastas das Relações Exteriores de 7 países (Brasil, França, Noruega, Indonésia, Senegal, África do Sul e Tailândia), em 20.03.2007, em que se estabelece a saúde como prioridade nas agendas de política externa dos respectivos países e reiterando o compromisso previsto na Declaração de Doha (OMC), 2001, quanto às flexibilidades no contexto do Acordo TRIPS sobre Propriedade intelectual e comércio, a fim de se ultrapassar barreiras que limitam o acesso a medicamentos essenciais pelos países em desenvolvimento.

⁵² Diplomacia é a arte e a prática da condução das negociações, sendo mais comumente reconhecida como meio de conduzir as relações internacionais pelos diplomatas dos Ministérios das Relações Exteriores ⁰¹.

planos multilaterais, global e regionais, assim como nas relações bilaterais entre países (Buss e Ferreira, 2010).

Entretanto, esse termo, diplomacia em saúde, ainda é pouco elaborado e carece de referencial analítico e conceitual, sendo aos poucos construído ⁵⁴.

Porém, dada a contemporaneidade da discussão - necessitando de uma linha temporal maior para o estabelecimento dessa construção conceitual, como bem afirma Almeida ⁵⁴ -, considerá-lo-emos suficiente para este estudo o olhar atribuído por Buss *et* Ferreira ⁵⁵ quanto à diplomacia da saúde como campo de conhecimentos e de prática direcionado às negociações políticas e técnicas no cenário internacional com foco na área da saúde e seus determinantes.

Além da saúde pública e das relações internacionais, o exercício da diplomacia da saúde une temas da gestão, da legislação e da economia. Relacionando-se, principalmente, às seguintes áreas: “negociação para a saúde pública entre fronteiras nos foros da saúde e de outras áreas afins; governança da saúde global; política externa e saúde e desenvolvimento de estratégias de saúde nacionais e globais” ¹ (p. 20).

Vale ressaltar o desafio da governança da saúde global que, ultrapassando a “governança clássica da saúde internacional” ¹ em que os governos seriam os responsáveis pela saúde da sua população, agindo em cooperação com outros países e protegendo sua população dos riscos à saúde, passa a contar com cada vez maiores riscos interfronteiriços, além de maior “quantidade e nível de influência de agentes não vinculados ao Estado na governança da Saúde” (p.21). Sob essa perspectiva, mais restritiva no que concerne à centralização no Estado, os autores justificam a nova percepção ampliada:

“a governança da saúde global é, portanto, a criação, conformação, orientação, fortalecimento e uso consciente das instituições internacionais e transnacionais e dos seus regimes de princípios, normas, regras e procedimentos de tomadas de decisões para fins de organizar a promoção e a proteção da saúde em escala global” (p.21).

E como afirma Berlinguer ⁴⁵ (p. 37), “não pode haver saúde global sem governo global”.

Sob esse contexto, a Organização Mundial da Saúde – OMS, agência internacional especializada em assuntos sanitários, criada em 1948, dentro do sistema das Nações Unidas, se destaca como relevante para a saúde no âmbito internacional no pós-Guerra. Segundo Santarosa ⁵⁷, a OMS é uma organização intergovernamental de caráter universal, dotada de autonomia financeira e administrativa, possui recursos orçamentários próprios, aportados pelos Estados-membros, elege seus Diretores-Gerais e atua com independência. E é composta pela Assembléia Mundial da Saúde (AMS) – instância deliberativa máxima; pelo Conselho Executivo (CE) – exerce a função de órgão diretivo e de acompanhamento da implementação das decisões da AMS; pelo Secretariado – órgão executivo da OMS que implementa políticas e programas da Organização.

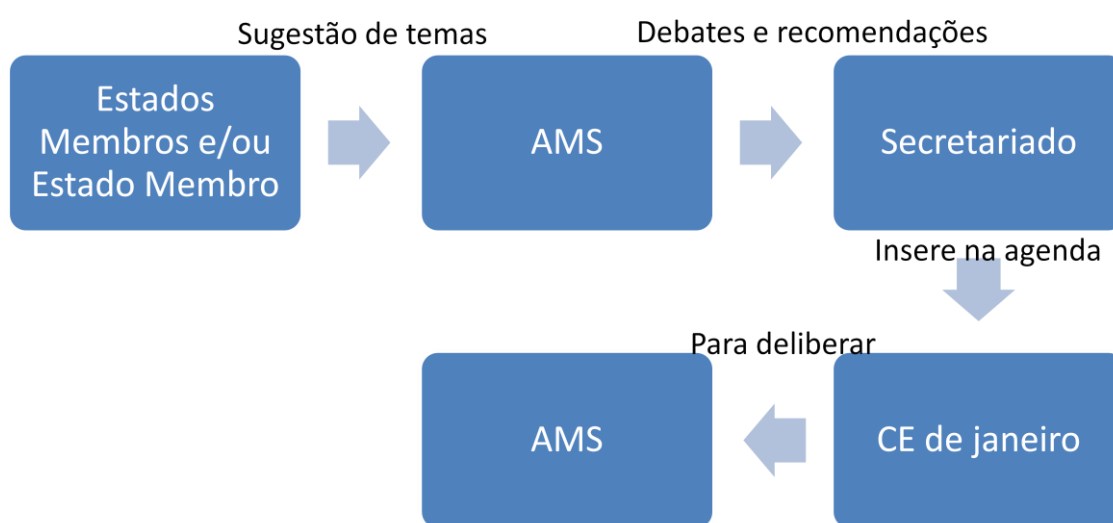
A OMS não tem subordinação formal em relação à ONU, afirma o autor. É uma agência especializada, autônoma, ligada à ONU por acordo internacional e que busca atuar em consonância com os estabelecimentos das Nações Unidas. Tem por finalidade: “alcançar para todos os povos o mais alto grau possível de saúde”, sendo esta definida conforme artigo 1º da Constituição da OMS, “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de sintomas ou doenças”. Nesse sentido, cabe à OMS, dentre outras atividades:

- (a) formular diretrizes e recomendações e
- (b) divulgar e estabelecer boas-práticas e prestar assistência técnica aos Estados-membros nas matérias de sua competência, “como prevenção e controle de enfermidades, políticas de saúde, cuidados médicos, pesquisa e usos de medicamentos, classificação de doenças, formação e treinamento de profissionais da saúde etc.”.

O texto de Santarosa ⁵⁷ aponta dois aspectos importantes que influenciam a conformação da agenda da OMS, criando desafios que devem ser suplantados:

1. *Modus Operandi* do tipo circular (ver figura 3) que pode representar um obstáculo na inserção de temas imediatistas na OMS, “daí a importância de uma adequada e oportuna preparação das propostas pelas delegações, de sua inserção em pauta no momento correto, e da construção de apoios que permitam sua aprovação”.

Figura 3: *Modus Operandi* da OMS



Elaboração própria a partir de dados da OMS (www.who.int). Acesso em: 23.01.2012

2. A perda do perfil técnico da agenda da OMS, passando a tratar de temas que repercutem além do campo sanitário. Sob essa nova abordagem, o autor afirma que se faz “necessária uma dosagem entre os componentes técnico e político”, como por exemplos os casos da OMPI (propriedade intelectual), da OMC (tabaco e medicamentos), da Convenção sobre Armas Biológicas (epidemias com agentes biológicos) etc. O que se desprende do sistema multilateral contemporâneo: “a existência de uma interpenetração horizontal das agendas das organizações internacionais”

A atuação em saúde em nível internacional, obviamente além dos especialistas sanitários, não prescinde da área diplomática e das relações internacionais. Correlação essa mais evidente no final do século XX, defendida pela OPAS em 1993. Por outro lado, a diplomacia e a política externa não mais se resumem aos diplomatas ¹. Logo, no tocante à saúde, esse cenário se repete. Há a participação de uma grande gama de agentes, tanto do Estado como fora do seu âmbito. Como exemplo da importância dessa correlação atualmente o Ministro da Saúde, como é o caso do Brasil, tem responsabilidade dupla: “promover a saúde do seu País e fomentar os interesses em saúde da comunidade global” (p.22).

Isso posto, mesmo considerando os interesses muitas vezes contraditórios entre os diversos atores envolvidos, a fim de se dar conta das lacunas provocadas pelas condições de vida e de saúde adversas, pelas deficiências relacionadas aos determinantes sociais e econômicos e pela insuficiente capacidade de gestão por parte de alguns países, são necessárias ações e iniciativas com condições de suporte estratégico por parte das Nações Unidas, das agências de cooperação dos países mais desenvolvidos (ou até mesmo em desenvolvimento com condições superiores àqueles que não a detêm) e também da filantropia internacional ⁵⁶. Ações essas que possam dar encaminhamentos a essas questões preocupantes, priorizando-se, principalmente, a saúde na agenda internacional, na agenda de cooperação internacional e nos diversos programas de ajuda para o desenvolvimento.

Ao que soma ao panorama da saúde global, no sentido da ampliação da atuação de outros atores, o que Kickbusch *et Berger* ¹ destacam em seu estudo: que o crescimento de parcerias público-privadas, de doadores, fundos e demais atores acabam diversificando os envolvimento no campo da saúde global. Isto é, a competência não se esgota na OMS e correlacionadas. Expandem-se atuações, alianças, fundos e fóruns globais junto à OMC, ao Banco Mundial, às organizações regionais e demais organizações, além das organizações não governamentais, do setor privado, do campo acadêmico, da mídia, dentre outros atores participantes no universo global.

Além de caber à Organização Mundial da Saúde, a OPAS e aos outros órgãos, programas e agências especializadas da ONU a formulação de diretrizes e orientações quanto aos compromissos pactuados entre os Estados-membros, há cada vez mais essencialidade nas ações das agências e das organizações bilaterais de assistência ao desenvolvimento, dos bancos multilaterais de desenvolvimento (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento), das fundações filantrópicas e das organizações não governamentais e das alianças público-privadas.

Dentre os exemplos dessas alianças envolvendo diversos atores destacam-se: (a) Fundo Mundial de Luta contra AIDS, a Tuberculose e a Malária, estabelecida em 2002 e integrada por representantes de doadores, países receptores, empresas, ONG's, organizações internacionais, fundações e das comunidades afetadas, tornando-se importante fonte financeira de ajuda à saúde; (b) Aliança Mundial para Vacinas e Imunização com forte atuação mundial; (c) CDC – Centros para Controle e Prevenção de Doenças; (d) e do DNDI – Iniciativa Medicamentos para Doenças Negligenciadas ⁵⁸.

Além dos fundos de países doadores, tais como a Ajuda Oficial ao Desenvolvimento (AOD) que engloba os empréstimos e doações dos países desenvolvidos destinados ao bem-estar e ao desenvolvimento econômico dos países em desenvolvimento (que destina à saúde – assistência primária, prevenção e controle de doenças, planejamento familiar, gestão do setor e infraestrutura – parte do seu fundo), e de outros importantes doadores como o Center Carter e, notadamente, a Fundação Bill e Melinda Gates.

Ademais, a saúde cada vez mais ganha espaço nas cúpulas do G8, G20, nas Assembléias Gerais da ONU, das estratégias de redução de pobreza e determinantes sociais. A saúde passa, portanto, de uma questão de política doméstica para uma questão de política externa. Há de se considerar, apesar da ampliação da atuação de outros atores, o caráter estratégico da saúde haja visto tratar-se de “uma questão importante para a busca dos países pelos seus interesses e valores nas relações internacionais” ⁵⁹ (p.53), dadas as

considerações do compromisso da saúde global como política externa (Declaração de Oslo [⁵³], 2007).

Isso posto, destacaremos alguns dos principais instrumentos legais que, no plano internacional mais ampliado, fundamentaram a inserção da saúde no contexto internacional ⁶⁰ (p. 123-126):

1. Carta das Nações Unidas (1945):

- a. O preâmbulo estabelece o compromisso dos fundadores da organização, isto é: “promover o progresso social e a melhoria das condições de vida dos povos”, empregando um “mecanismo internacional para promover o progresso econômico e social”, onde não serão medidos esforços para a busca desses objetivos.
- b. Artigo Primeiro – 3º parágrafo reconhece as dificuldades existentes, porém tem como objetivo “conseguir uma cooperação internacional para resolver os problemas internacionais de caráter econômico, social, cultural ou humanitário”.
- c. Capítulo IV, artigo 13, alínea b e artigo 55 e Capítulo IX, artigo 55, alínea b – atribui à Assembleia Geral estudos e recomendações para promoção da cooperação internacional nas áreas econômica, social, cultural, educacional e sanitária, reforçando a necessidade do envolvimento da comunidade internacional com a saúde e determinando o compromisso das Nações Unidas na busca de “soluções para os problemas internacionais econômicos, sociais, sanitários e conexos, com o fim de criar condições de estabilidade e bem-estar necessárias às relações pacíficas e amistosas entre as nações”.
- d. Artigo 62 – Parágrafo 1 – atribui competência ao Conselho Econômico e Social para tratar de assuntos sanitários e para criar comissões necessárias para o desempenho das funções

⁵³ No decorrer desta análise serão apresentados mais detalhes acerca dessa declaração.

(artigo 68).

2. Declaração Universal dos Direitos Humanos (Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas, 1948, artigo 25 – prevendo a obrigação dos países em zelarem pela saúde pública, garantindo a dignidade dos seres humanos e correlacionando a saúde aos demais fatores sociais: “todo ser humano tem direito a um padrão de vida adequado para assegurar a saúde e o bem-estar de si mesmo e de sua família, incluindo alimentação, vestuário, moradia, assistência médica e serviços sociais apropriados”.
3. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais elaborado pela Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas e ratificado em 1976 – destinado a regular e controlar a aplicação dos direitos reconhecidos internacionalmente. Direitos esses que o seu artigo 12 estabelece: “assegurar a diminuição da mortalidade infantil e o desenvolvimento sadio das crianças; garantir a prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas e outras; criar condições que assegurem a todos assistência e serviços médicos em caso de enfermidades; e melhorar todos os aspectos relacionados com a higiene do trabalho e do meio ambiente”.
4. Conferência de Alma Ata – representa um diferencial na condução do tema “saúde” na agenda internacional. A Assembleia Geral da ONU (Resolução 3458) referendou em 1979 as recomendações da Conferência de Alma Ata sobre Atenção Primária ocorrida em 1978, resultando na “Estratégia de Saúde Para Todos no ano 2000”. O diferencial se fundamenta na consideração da saúde como parte integrante do processo de desenvolvimento, destacando-se a importância da cooperação internacional como instrumento para a realização de objetivos internacionalmente pactuados.

E, mais recentemente, dentre outros, destacamos os seguintes:

5. Conferência de Otawa – Primeira Conferência Internacional sobre

Promoção da Saúde - 1986. Decorrente da expectativa mundial pela eficiência na saúde pública defende a promoção da saúde como fundamental para a qualidade de vida, cuja responsabilidade não é exclusiva da saúde na busca do bem estar global. Dentre os critérios pactuados na Carta de Intenção, destaca-se a busca pelo reconhecimento da importância da saúde nas áreas políticas, sociais, econômicas, ambientais, culturais, biológicos e comportamentais.

6. Declaração do Milênio [⁵⁴] de 2000 – Aprovado por 147 Chefes de Estado e de Governo (além de representantes dos países membros da ONU) representa o comprometimento dos signatários em estabelecer meios para garantir um mundo com maior equidade social e reduzir a pobreza extrema. Estipula oito grandes objetivos relacionados ao desenvolvimento para o milênio, e o tema da saúde está entre os grandes objetivos dessa declaração: diminuir drasticamente a mortalidade infantil e materna, combater a malária e HIV/AIDS, além de possibilitar o acesso à água potável a todos, diminuir pela metade o número de miseráveis no mundo e acabar com a fome, garantir educação fundamental a todas as crianças no mundo, lutar contra a discriminação das mulheres e promover parceria global de desenvolvimento.
7. Declaração de Doha sobre Saúde Pública adotada no âmbito da OMC – “Declaração sobre o Acordo TRIPS e Saúde Pública”, 2001. Conferência ministerial que reconhece a gravidade dos problemas de saúde pública que afligem países em desenvolvimento e países menos desenvolvidos. Reconhece no Acordo TRIPS (Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados com o Comércio sobre saúde pública em geral) a necessidade da proteção à propriedade intelectual e a sua implicação para o desenvolvimento de novos medicamentos, porém também acordam no sentido de que o TRIPS não poderá impedir que os países membros possam adotar medidas para proteger a saúde pública, refletindo, portanto, sobre as implicações do Acordo da OMC sobre a saúde pública em geral.

⁵⁴ Organização das Nações Unidas (ONU). Declaração do Milênio. New York, setembro de 2000.

8. Declaração de Oslo – Saúde Global: um tema urgente da Política Externa contemporânea, assinada em 2007 pelos Ministérios das Relações Exteriores do Brasil, da França, da Indonésia, da Noruega, do Senegal, da África do Sul e da Tailândia, reforça a questão da saúde como elemento básico em estratégias de combate à pobreza e de incentivo ao desenvolvimento social e estimulando o debate sobre os problemas de saúde nas discussões relacionadas à política externa.
9. Resolução 65/95 das Nações Unidas sobre Saúde Global e Política Externa – 2011, ocorrida na 61ª Sessão da Assembleia Geral. Reconhece a necessidade de esforços integrados e de um ambiente de política global de apoio à saúde global para dar conta dos desafios da saúde mundial e, nesse sentido, estimula aos Estados-Membros, ao sistema das Nações Unidas, às academias, às instituições e às redes a estreitar a relação entre política externa e a saúde global, fortalecendo, inclusive, a formação de diplomatas e gestores de saúde, em particular dos países em desenvolvimento. Objetiva também a construção de um relatório que reflita sobre maneiras de melhorar a coordenação, a coerência e a eficácia da governança em saúde global, discuta o papel do Estado e de outros atores envolvidos nesse processo e apresente recomendações para fortalecer as políticas sobre os determinantes sociais da saúde, reafirmando o papel central das Nações Unidas nesse processo.
10. Conferência de Monterrey de 2011 – Consenso de Monterrey para o Financiamento do Desenvolvimento - cujo objetivo é superar os desafios de financiamento de desenvolvimento que visem à erradicação da pobreza e a melhoria das condições sociais e dos padrões de vidas dos seres humanos. Deu-se em um contexto econômico de desaceleração da economia global e de redução das taxas de crescimento econômico.
11. Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde, aprovada pelo Conselho Executivo da OMS, 130ª Sessão, 2012 – Resolução EB130.R11, submetida à 65ª. Assembleia Mundial de Saúde, realizada em maio de 2012. A Resolução reiterava os principais tópicos da Declaração Política do Rio que foi pactuada nessa Conferência e visava à

distribuição equitativa dos recursos e a luta contra as condições que afetam a saúde.

Além da sequência de conferências mundiais promovidos pela Organização das Nações Unidas sobre assuntos relacionados à área social, o tema também é valorizado pelo “crescimento do interesse dos organismos internacionais e dos bancos multilaterais de desenvolvimento”, pela “inclusão de tópicos de natureza social em negociações de mecanismos regionais e sub-regionais de integração” e pela “ampliação da oferta de apoio e programas e projetos sociais pelas agências governamentais bilaterais de cooperação”⁶⁰. Portanto, os marcos históricos mostram que a saúde tem espaço privilegiado na agenda internacional, estando fortemente vinculados aos temas dos direitos humanos, além da estreita vinculação com o desenvolvimento econômico.

Ao que afirma Simões⁵⁵ que a característica intersetorial da saúde tem amplificado e ramificado, influenciando e afetando diversas áreas de atividades – econômico-comercial, social e política. A representatividade de sua importância é medida, inclusive, por sua presença em todas as conferências sociais ocorridas na década de 90, por exemplo. Mais uma forte indicação do protagonismo do tema é o fato de que dos oito Objetivos do Milênio, cinco estão relacionados à saúde, seja de forma direta ou indireta [⁵⁵].

Proveniente da Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde, a Resolução EB130.R11 com os resultados dessa Conferência é de incontestável valor para a saúde e para os temas sociais que estabelecem transversalidade com a saúde. Essa resolução aponta como condições *sine qua non* para o estabelecimento da condição humana: (a) o fortalecimento da cooperação internacional para promoção da equidade em saúde; (b) a transferência de conhecimentos especializados, tecnologias e conhecimentos científicos e (c) a facilitação do acesso a recursos financeiros, no sentido de que os recursos provenientes dos países em desenvolvimento (meta de 0,7%

⁵⁵Isto é, reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde das gestantes e combater a AIDS, malária e outras doenças são objetivos diretos e os indiretos, acabar com a fome e a pobreza, educação básica de qualidade para todos, qualidade de vida e respeito ao meio ambiente, busca pelo desenvolvimento e sustentabilidade ambiental que são alguns dos determinantes sociais da saúde.

do PIB), como ajuda oficial para o desenvolvimento, sejam destinados ao cumprimento dos objetivos e metas de desenvolvimento ⁶¹.

O documento destaca em seu Preâmbulo a necessidade de se proteger a saúde das pessoas contra as consequências nocivas das crises econômicas mundiais, em um esforço de manter o atual posicionamento do conceito de desenvolvimento aliado às condições sociais do indivíduo.

A erradicação da fome e da pobreza; a garantia de acesso a medicamentos seguros e eficazes, com custo acessível; a garantia da segurança alimentar e nutricional; o acesso à água potável e saneamento; o acesso ao emprego e trabalho decentes e à proteção social; a proteção ao meio ambiente e a busca por garantir o crescimento econômico equitativo por meio de ações que ajam sobre os determinantes sociais da saúde são desafios a serem ultrapassados por todos os países.

O que vem a complementar o estipulado pelas Metas do Milênio cujo objetivo seria combater a pobreza mundial, datadas de 2000, as quais especialistas defendem a sua reformulação ⁶². As Metas da ONU não seriam mais apropriadas em função da sua simplicidade em oposição à complexidade dinâmica do mundo contemporâneo. Apesar de alguns avanços, há muito a ser ultrapassado e alcançado. Defendem-se, nesse sentido, novas incorporações, tais como as áreas da ecologia e do clima, regras para o mercado financeiro mundial e o combate a paraísos fiscais e reconsiderações quanto à heterogeneidade de cada nação. Segundo argumenta a autora, a reformulação não garantirá o alcance das metas, porém buscará alcançar o desenvolvimento que leve em consideração, primeiramente, a condição e o comportamento do ser humano.

Alguns desafios podem ser destacados na abordagem da saúde com a diplomacia e as relações internacionais. Além da necessária dosagem entre os componentes técnicos e políticos relacionados aos diversos atores envolvidos na relação entre a saúde e as relações internacionais, vale ressaltar também a transversalidade das agendas relacionadas à saúde, tanto pela interface temática quando à inter-relação de governança entre os diversos organismos, uma vez que há participação concomitante de representantes em órgãos

decisórios entre eles. Conhecer o funcionamento e as complexas inter-relações entre as agências e os organismos internacionais sanitários é fundamental.

Também cabe apontar neste estudo a perda evidente de legitimidade que impera junto à ONU e, por consequência junto às suas organizações. Como destacado na reportagem do *Le Monde Diplomatique*— *ONU: como se desfazer dela?*, de 06.02.2012, essa organização enfrenta uma “divisão de tarefas que se desenha em escala mundial”. Questões políticas de grande importância estão sendo referendadas por grupos de potências (exemplo: G-8, G-20) como instâncias de decisão de fato, sem, no entanto, serem. No tocante à saúde, tem sido abordada a necessidade de a OMS atualizar o seu compromisso público primeiramente dando ordem “ao caleidoscópio de organizações, programas e agências” que se reproduz nas relações internacionais em saúde, afim de que não haja contradições nos encaminhamentos e normas relacionados aos consensos estipulados para a área da saúde. Afinal, afirma a jornalista Anne-Cécile Robert na reportagem do *Le Monde*: “Se a supremacia da ONU no tabuleiro internacional parece desgastada, é também porque seus textos fundadores permanecem impregnados de uma filosofia humanista pouco disseminada na ordem econômica globalizada”.

Conforme defende Berlinger ⁴⁵ (p.23), “a luta contra as desigualdades é um poderoso estímulo” para a saúde global como finalidade social desejável. Porém, afirma que “no plano prático tem o mesmo valor, senão maior, a consciência de que a saúde é um bem indivisível, e de que o gênero humano está vinculado por um destino comum”. Essa consciência global ainda está em formação. Verdade mais evidente hoje do que há dez anos. E indubitavelmente muito mais estrategicamente priorizado do que houvera sido há vinte anos, quando as políticas neoliberais decorrentes do Consenso de Washington imperavam nos interesses internacionais.

Entretanto, esse atraso e essa passividade generalizada e histórica poderão implicar grandes custos à humanidade ⁴⁵ (p.23). Passividade essa compartilhada pelos “silêncios interessados de quem detém o saber, o oportunismo de quem detém o poder”. Nesse sentido, o autor critica a Organização Mundial da Saúde e a cumplicidade da política, uma vez que a

OMS deveria ser o local privilegiado cujo interesse resguardasse o interesse coletivo, o interesse global, a saúde como um bem único, indivisível, símbolo predominante dos valores humanos, fundamentando a saúde como finalidade primordial do crescimento econômico. Ainda segundo o autor ⁴⁵ (p.26), a Organização Mundial da Saúde “por seus defeitos e pelo desinteresse dos governos, perdeu a função de guia nas políticas mundiais da saúde”, interpelada inclusive pela difusão de novas fontes de poder e de influência dos atores que emergiram nas últimas décadas (fontes de fomento e organizações não governamentais, dentre outros). Situação essa que impõe a necessária revisão dos valores macros da Organização, legitimando-a, de fato, para a missão que lhe impera.

Há de se destacar também um óbice a ser ultrapassado: o tempo diplomático nas relações internacionais. Certamente, é um fator que necessita ser observado e corrigido. Os temas sociais e, notadamente, a saúde, requerem celeridade na condução das negociações internacionais, dada a essencialidade que esse tema traduz para o ser humano. Do estudo de Rubarth ⁶⁰ podemos apontar como exemplo o absurdo do prazo e do tempo da política internacional na condução de uma proposta: a Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas, em meados do século XX, foi incumbida de preparar um instrumento legal que regulasse e controlasse a aplicação dos direitos que foram reconhecidos internacionalmente. Nesse sentido, após exaustivas negociações, a Assembléia Geral oficializou, em 1951, a solicitação de dois pactos: um para os Direitos Civis e Políticos e outro sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. A aprovação deles, entretanto, ocorreu somente em 1966. E as ratificações (necessárias para que entrassem em vigor), tão somente em 1976. Significa afirmar que, da solicitação inicial, já pactuada, até a ratificação do documento elaborado, tivemos “o curto prazo” de um quarto de século. Obviamente, estamos em um contexto histórico mais acelerado, onde conduções cibernéticas agilizam o trânsito burocrático. Porém, há muito que se priorizar: negociações prévias, coalizões, consensos, deliberações, aprovações e implantações de políticas e medidas para as condições de saúde. Negociações econômicas, comerciais, culturais e outras podem até, em alguma medida, aguentar essa espera. A saúde humana, não.

Ademais, alguns dos desafios importantes para o tratamento dos temas da saúde nas relações internacionais são “o avanço das doenças e a crescente intersectorialidade da saúde” ⁵⁵ (p. 14). E esses temas, em um futuro cada vez mais presente exigirão cada vez mais um grande esforço de sintonia entre o corpo diplomático e os demais atores intrinsecamente relacionados, sejam eles externos ou nacionais, para equilibrar as necessidades de saúde pública com os interesses econômicos, sociais e políticos nas negociações internacionais.

O Brasil vem se projetando com maior evidência na arena internacional a partir do final da década de 90 e da entrada no século XXI, Reflexo do novo *status quo* do Brasil no âmbito do sistema internacional ⁶³. Segundo os autores, “está em curso um amplo e crescente processo de reconhecimento internacional do País como uma economia emergente com elevada capacidade interna em diversos setores” (p.39), sendo, portanto, “um ator-chave da cooperação internacional”. Resultado de dois fatores principais: a prolongada estabilidade político-econômica nacional e o acúmulo de experiências nacionais em programas sociais inovadores, de grande repercussão em todo o mundo ⁶³ (p. 39).

Como exemplos da atuação brasileira, citamos a recente liderança que o Brasil vem exercendo na condução do G20, notadamente nas questões relacionadas à grave crise econômica, participações nos encontros do G8, efetiva e decisiva participação do Brasil na criação da União das Nações do Sul – Unasul, formalizada em 2008 e crescente participação em organismos multilaterais (CPLP, UNICEF, OMS, OPAS, Mercosul, OTCA, por exemplo).

E essa atuação do Brasil também se projeta na área da saúde como um dos temas prioritários da agenda social na política externa e nos assuntos globais, entre os quais comércio e segurança. Apesar de pouco reconhecida no Brasil, a área de cooperação internacional em saúde vem se tornando mais ativa nas últimas décadas ⁶⁴.

O que também pode ser observado no fortalecimento dado aos temas sociais na pauta de trabalho do Itamaraty, por conta da necessidade de superar a reduzida importância atribuída a esses assuntos pela Chancelaria ⁶⁰.

Outra indicação da importância dada ao tema da saúde no contexto das

relações internacionais é apresentada por Jouval [⁵⁶] quando conclui acerca da potencialidade e da direção dada à cooperação técnica, isto é, “o desenvolvimento da agenda política com base na agenda técnica” [⁵⁷].

A correlação da saúde e do Ministério da Saúde com as ações de política externa do Ministério das Relações Exteriores do Brasil estão previstas nas prioridades e diretrizes específicas da Presidência da República e do Ministério das Relações Exteriores. Além disso, essa correlação tem como base legal as referências nacionais e internacionais que estreitam os laços da saúde com a política externa. A saber: (a) Art. 4 da Constituição de 1988 - a cooperação entre os povos como princípio constitucional - Parágrafo único: “A República Federativa do Brasil buscará a integração econômica, política, social e cultural dos povos da América Latina, visando à formação de uma comunidade latino-americana de nações”; (b) Art. 196: “a saúde é direito de todos e dever do Estado”; (c) Em 2001, Declaração de Doha sobre Saúde Pública e Acordo TRIPS (OMC); (d) Em 2007, Declaração Ministerial de Oslo: Saúde Global, um tema urgente da política externa contemporânea; (f) além de diversos e distintos documentos e negociações internacionais [⁵⁸].

A orientação da interação da saúde com a política externa também é observada na Resolução CE 142.R14 – Washington, D.C., EUA, 23-27 de junho de 2008, aprovada durante a 142ª Sessão do Comitê Executivo da OPAS/OMS.

Em que pese o Brasil mais ativo no cenário internacional, também vem adotando um comportamento de maior independência e autonomia em fóruns internacionais. Como, por exemplo, as discussões sobre patentes de medicamentos ocorridas na OMC e a forte oposição brasileira junto à

⁵⁶ Jouval H. Construindo pontes entre saúde pública e relações internacionais. In: Ciclo de Debates sobre Bioética, Diplomacia e Saúde Pública. Brasília: Núcleo de Estudos sobre Bioéticas e Diplomacia em Saúde – NETHIS; 2011. Disponível em: www.bioeticaediplomacia.org, Acesso em: 27.01.2012.

⁵⁷ Em função da aproximação do Ministério da Saúde com o Ministério das Relações Exteriores, verificam-se demandas feitas ao Ministério da Saúde para participar em foros internacionais, da harmonização legislativa internacionais, da certificação de programas nacionais, de iniciativas de cooperação internacional, da promoção de ajuda humanitária, em organismos internacionais etc.

⁵⁸ Barbosa, Eduardo, 2009. Apresentação no Ciclo de Debates – 1. Ciclo: Integração Regional e Saúde, AISA-Ministério da Saúde. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ciclo_debates_aisa_eduardo_manha.pdf. Acesso em 27.01.2012.

Organização Mundial da Saúde no tocante ao “*World Health Report 2000*” (Relatório sobre a Saúde no Mundo, do ano 2000) quanto ao desempenho dos sistemas de saúde, críticas fundamentadas que foram endossadas pela Assembléia Mundial da Saúde ⁶⁶. Vale destacar o posicionamento do Brasil a favor do acesso ao conhecimento para produção de medicamentos antirretrovirais (tratamento para portadores de HIV). Em 2001, após meses de discussões e negociações, o País, com base no artigo 71 da Lei de Propriedade Intelectual, alegando emergência na saúde (uma das situações previstas pela legislação para autorizar a licença compulsória e a produção da droga por outros laboratórios), obteve sucesso nas negociações com o fabricante (Roche) chegando a um consenso que beneficiou o País com a diminuição do custo com aquisição do medicamento Nelfinavir para tratamento de HIV ⁶⁵ (p. 180).

Outra situação meritória para o Brasil ocorreu na reunião ministerial da Organização Mundial do Comércio, no final de 2001, em Doha, no Catar, onde se aprovou a interpretação menos rígida do TRIPS [⁵⁹], representando que tanto o Brasil como qualquer outro país em situação de emergência poderia aplicar licenças compulsórias para produção de medicamentos no País. Apesar de prevista na legislação brasileira, até então, a medida não era considerada pela Organização Mundial do Comércio.

Vale citar que, somente em 2007, junto à gestão do então Ministro da Saúde José Gomes Temporão, no governo Lula, é que ocorreu de fato o primeiro licenciamento compulsório [⁶⁰] de um medicamento patenteado utilizado pelo SUS no coquetel de tratamento anti-HIV, o Efavirenz do Laboratório Merck Sharp & Dohme. À época o laboratório se recusara a vender o medicamento ao Brasil pelos valores negociados juntos a países asiáticos. No dia 07 de maio de 2012, por decreto publicado no Diário Oficial da

⁵⁹TRIPS – *Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights* (Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio). Declaração do acordo TRIPS e saúde pública (Nov. 14, 2001). Disponível em http://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_trips_e.htm. Acesso em: 27.02.2012

⁶⁰ Uma das possibilidades do Governo é lançar mão da chamada licença compulsória – quebra de patentes por necessidade de saúde pública. Esses instrumentos característicos dos países em desenvolvimento, defendido pelo Brasil, inclusive, provém da Declaração de Doha sobre Saúde Pública da OMC ⁵⁵.

União, o licenciamento compulsório foi prorrogado por mais cinco anos [61]. E, atualmente, o Efavirenz é produzido no Brasil por Farmanguinhos, unidade de produção da Fundação Oswaldo Cruz, suprimindo toda a necessidade nacional do Efavirenz 600mg.

O Brasil vem se evidenciando como destaque nos temas de saúde global. O fato de o Brasil ser portador de programas de saúde reconhecidos como paradigma em nível internacional, como a implantação do SUS, o aleitamento materno, o tratamento de HIV/AIDS, o controle do tabagismo fazem o diferencial do Brasil. Conforme reforça o diplomata Santarosa 57, o País tem exercido nos últimos anos uma efetiva participação com alto perfil nos temas de saúde globais: “integramos simultaneamente o CE [62] da OMS e o PCB [63] da *Unaid*s” (*Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*), além de exercer “uma liderança fundamental no processo de negociação da CQCT [64] e desempenhar um papel relevante na criação do fundo global”. Esta atuação reflete a efetiva participação brasileira.

E, para melhor aperfeiçoar as interações entre as distintas organizações, Santarosa 57 destaca a importância de saber “explorar as interfaces da OMS com as demais agências e organizações internacionais, particularmente a OMC, com vistas, por um lado, a preservar instrumentos de autonomia em termos de políticas públicas de saúde que garantam o atendimento das necessidades sanitárias da população brasileira e, por outro, a promover interesses globais de nossa diplomacia, como as agendas sociais, de direitos humanos e de desenvolvimento”.

Outros exemplos de participação estratégica do Brasil nas questões da saúde: eleição do Brasil para o Comitê Executivo da OMS (2008-2011); liderança nos debates do *Intergovernmental Working Group on Public Health, Innovation and Intellectual Property (IGWG)*- OMS; papel na formulação do Plano de Cooperação em Saúde da Unasul e do Programa Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP, na constituição do ISAGS, dentre outros

⁶¹ <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2012/05/dilma-prorroga-quebra-de-patente-de-remedio-anti-aids.html> acessado em 09 de maio de 2012.

⁶² CE = Comitê Executivo.

⁶³ PCB= *Programme Coordinating Board*.

⁶⁴ CQCT= Convenção Quadro para o Controle do Tabaco. OMS, em 2003. Ver também FCTC64, 2011 *apud* Buss, 2011.

projetos de cooperação e de apoio a países estrangeiros.

O protagonismo brasileiro também pode ser observado em sua atuação ativa e articuladora em fóruns internacionais da saúde, tais como:

(a) a Conferência Mundial de Determinantes Sociais em Saúde, ocorrida em 2011, quando a Assembléia Mundial da Saúde foi sediada no Rio de Janeiro, o que significou uma vitória da Chancelaria brasileira e das autoridades sanitárias, dada inclusive à representatividade para o Brasil tanto pelo caráter simbólico por ter sido originado no Rio de Janeiro, assim como pela importância de inestimável valor para todos os envolvidos no combate às iniquidades em saúde, em que os determinantes sociais da saúde são balizadores do sucesso ou do fracasso dos objetivos relacionados ao pacto.

(b) a Conferência Rio 92, cuja defesa é a relação intrínseca da saúde às condições de desenvolvimento sustentável e também a defesa da priorização de políticas de proteção e de promoção social. Além de expressar um forte movimento articulador com os demais países em desenvolvimento nos Tratados de Quioto, nos Objetivos do Milênio, na Agenda 21 [⁶⁵], dentre outros.

Esse protagonismo do Brasil tem repercutido positivamente no cenário internacional. Como exemplo pode ser citado o último Fórum Mundial Econômico ocorrido em janeiro de 2012, em que o Brasil foi destaque pelo alcance dos resultados positivos provenientes do modelo de crescimento associado ao desenvolvimento social.

Em mais um exercício de inserir o Brasil na discussão da saúde sob a perspectiva do contexto internacional, o Ministério da Saúde promoveu a inclusão do tema “saúde” na discussão da agenda de desenvolvimento sustentável dos países, na Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável, a Rio+20, realizada em junho de 2012, em uma demonstração de que o Brasil está se consolidando como potencial *player* nas discussões da arena internacional. Enfatizou-se a relação central da saúde com o desenvolvimento sustentável; destacou-se o reconhecimento da saúde

⁶⁵ Esses Tratados e Convenções serão mais detalhados no item 1 do Capítulo IV, quando o meio ambiente for apontado como abordagem a ser relacionada à saúde e ao desenvolvimento.

como condição *sine qua non* para o desenvolvimento econômico, social e ambiental e vista internacionalmente não apenas de forma individual, mas em sua dimensão coletiva, onde as considerações sobre a saúde devem perpassar as políticas de todos os demais setores [66]; destacou-se a necessidade da adoção de ações para erradicar, local, nacional e internacionalmente, a circulação de doenças imunopreveníveis (principalmente), ampliando a capacidade de produção internacional, suficiente, acessível e segura de vacinas, sobretudo para os países em desenvolvimento (o que tem reflexo direto no objeto deste nosso estudo: CEIS); além da vital importância ao acesso a medicamentos para doenças crônicas não transmissíveis, minimizando os impactos que acarretam ao desenvolvimento econômico e à estabilidade política dos países em função do caráter crônico e incapacitante provocados por essas doenças.

Finalmente, apesar de se destacar uma relação mais efetiva da saúde com as relações internacionais a partir da década de 90 (os temas da saúde estiveram presentes em todas as conferências sociais da década de 90) ⁵⁵, o movimento da saúde é endógeno e vem de longa data.

Questões sanitárias relacionadas ao comércio internacional e a segurança internacional são dimensões que se somaram mais recentemente na relação da saúde com as questões internacionais.

A saúde sob a perspectiva das relações econômicas internacionais, com especial destaque para as questões de grande impacto econômico e social, tais como os relacionados às indústrias farmacêuticas – onde a questão do acesso ganha um protagonismo até então pouco reconhecido nas discussões das patentes de medicamentos, por exemplo – são assuntos mais recentes, inseridos nas discussões das relações econômicas internacionais como os que acontecem na Organização Mundial do Comércio - OMC.

⁶⁶ A saúde, sob a perspectiva da produção, da tecnologia e da inovação, apresenta ângulos bem distintos de desenvolvimento. Sob a perspectiva euro-nipo-americano (dentre outros países que se inserem nos chamados “países desenvolvidos”), a industrialização comporta maior desenvolvimento. O que não ocorre quando focamos os demais países.

Em maio de 2012, a 65ª Assembléia Mundial da Saúde (AMS) da OMS aprovou resolução sobre o financiamento global da pesquisa para a geração de novos medicamentos e vacinas de interesse da população brasileira e de outros países em desenvolvimento. O documento se apóia em um “amplo e longo processo de entendimento sobre as fronteiras e correlações entre a saúde pública, a inovação tecnológica e as políticas de propriedade intelectual”⁶⁷.

Ainda sob a ótica da saúde nas relações internacionais, vale ressaltar o sentido duplo, nem sempre convergente, que esse assunto suscita quando se evidencia mais claramente para a área da saúde qual é o seu papel em relação à dimensão internacional e qual o papel que representa o seu complexo industrial. Sentidos esses com posicionamentos e estratégias distintos e, por vezes, conflituosos, nem sempre esclarecidos pelos atores das áreas sanitárias e industriais.

O Brasil, nesse sentido, no tocante ao Complexo Econômico-Industrial da Saúde, apresenta maior tradição na questão da inserção internacional, isto é, na política internacional, dado o seu caráter econômico mais convergente com as negociações internacionais. Dimensão essa que, até o final do Século XX, era predominante por considerações à política industrial e às políticas de ciência e tecnologia, no qual o Brasil, de forma relevante, se articulava, notadamente na relação com a OMC.

Por outro lado, no País, a dimensão da saúde na ótica da diplomacia da saúde é tema contemporâneo, entrando na agenda articulada do Ministério da Saúde e do Ministério das Relações Exteriores com maior representatividade no início do século XXI, uma vez que o Brasil priorizara, até então, a construção do SUS, o que representara, até esse momento, olhar para si mesmo.

Há de se considerar também que a relação da saúde “*stricto sensu*” com a OMC é uma relação mais recente, onde o tema “saúde” tem sido abordado sob uma nova contextualização, sob a perspectiva mais humanitária, o que, de certa forma, fundamentada na interface multilateral, já ocorria na relação com a OMS e a OPAS. Logo, essas duas dimensões não podem mais estar

desvinculadas, são interfaces no contexto externo e devem ser somadas e não excluídas.

Finalmente, a primeira década do século XXI consolida um período cuja representação paradigmática se estabelece na superação de entraves e desafios concernentes à inserção da saúde na política externa, consolidando-a e ampliando a participação da saúde na política exterior, colaborando efetivamente para a construção de uma agenda internacional do País.

Nesse sentido, podemos inferir que uma das principais ações da saúde na política externa é a cooperação para o desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países do sul, onde o CEIS se estabelece como diferencial para a superação de limites e vulnerabilidades tecnológicas criadas pela realidade assimétrica de poder e de conhecimento e, simultaneamente, sob os auspícios da cooperação humanitária, fortalecer a presença do País no cenário internacional.

2. Agenda Sul-Sul

Embora mais evidente na atualidade, a Cooperação Sul-Sul pode ser atribuída ao período da criação do Movimento dos Países Não-Alinhados – MNA [67], em oposição ao confronto ideológico Leste-Oeste, e do Grupo dos 77 - G-77 [68], isto é, a partir dos anos 50 e dos anos 60, respectivamente. Movimentos de países que buscavam alternativas para uma maior

⁶⁷ Historicamente decorrente da Conferência Ásia-África, em Bandung, Indonésia, no ano de 1955, o MNA teve a sua *Primeira Conferência dos Chefes de Estado e de Governo Não-Alinhados*, em Belgrado, Iugoslávia, em 1961. Sua formação ocorreu em função do aparecimento dos dois grandes blocos opostos durante a Guerra Fria, liderados pelos EUA e URSS, tendo como objetivo inicial manter uma posição neutra e não associada a nenhum dos grandes blocos. Atualmente comporta 115 países, com importância reduzida em função da não continuidade da Guerra Fria. Disponível em www.nam.gov.br

⁶⁸ Fundado em 15 de junho de 1964, o G77 foi firmado por 77 países signatários por meio da “Declaração Conjunta dos Setenta e Sete Países” apresentada na Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento (UNCTAD) à época. Atualmente é composto por 131 países em desenvolvimento, dentre os quais o Brasil, cujo objetivo é a promoção dos interesses econômicos comuns aos seus membros e o estabelecimento de uma maior capacidade de negociação conjunta e coesa na Organização das Nações Unidas. Disponível em: www.g77.org/doc. Acesso em: 18 de abril de 2012.

independência e determinação e para um afastamento mais efetivo à forte influência política e econômica dos países dominantes no sistema internacional⁶⁸.

O termo país do Sul relacionado aos países em desenvolvimento, por se localizarem no hemisfério Sul, cunhou a expressão Cooperação Sul-Sul. E foi no dia 19 de dezembro de 1978, quando se endossou na Assembléia Geral da ONU o Plano de Ação de Buenos Aires sobre a Cooperação Técnica entre Países em desenvolvimento (CTPD), que a Cooperação Sul-Sul, também conhecida como cooperação horizontal ou CTPD, ganhou espaço nas Nações Unidas.

A cooperação entre os países do Sul apresenta um marco representativo que ocorreu na ocasião do 30º aniversário da Conferência das Nações Unidas sobre Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento, onde os representantes dos governos, reunidos em Nairóbi em dezembro de 2009, renovaram o compromisso de aplicar, revitalizar e fortalecer a cooperação Sul-Sul.

O Documento Final dessa Conferência passou a ser base da Cooperação Sul-Sul que, em seu acordo, estimula, dentre outros, os seguintes objetivos: (a) a liderança e a propriedade dos países em desenvolvimento; (b) a complementaridade e a não competitividade com a cooperação Norte-Sul; (c) o intercâmbio de tecnologias, benefício e aprendizagem mútuos; (d) o compartilhamento de experiências; (e) a promoção da autosuficiência nacional e coletiva; (f) o fortalecimento mútuo de capacidades; (g) a formação de coalizões.

Busca aumentar a responsabilidade mútua dos países envolvidos na cooperação, maior transparência de ações e resultados, coordenação conjunta do programa de cooperação com planejamento em prol das prioridades nacionais e maior qualidade e gerenciamento quanto aos resultados esperados e alcançados, refletindo os princípios fundamentais pautados pela Declaração de Paris sobre Eficácia da Ajuda ao Desenvolvimento: apropriação, harmonização, resultados, responsabilidade mútua e alinhamento.

Apesar de estar fundamentada a um tratamento igualitário, a cooperação Sul-Sul comporta seus princípios em bases que balizam as relações internacionais: (a) soberania e independência nacional; (b) igualdade e horizontalidade; (c) solidariedade; (d) não condicionalidade; (e) propriedade nacional e respectiva liderança; (f) não interferência nos assuntos internos.

O termo Cooperação Sul-Sul (CSS) se estabelece no cenário internacional no âmbito da pressão dos países em desenvolvimento por acordos internacionais que reduzissem as disparidades econômicas entre os países do Norte e do Sul ⁶⁹, por consequência das restrições centralizadoras por parte dos países desenvolvidos na prática da cooperação Norte-Sul ¹⁰. Não visava, portanto, à substituição dos programas mais tradicionais de cooperação. Entretanto, buscava o melhor aproveitamento das capacidades e da cooperação entre os países em desenvolvimento em prol de otimizar benefícios para esses países.

A cooperação Sul-Sul cria condições para que haja o compartilhamento do conhecimento para a geração do desenvolvimento e a promoção do crescimento, diferencial complementar à cooperação técnica e ao financiamento ⁷⁰. Apresenta-se, portanto, como uma cooperação estruturante, dinâmica, em constante evolução, geradora de oportunidades para o desenvolvimento e capaz de ampliar as fontes de conhecimento.

Quando se diz que a CSS é fundamentada na horizontalidade, temos a tradução da cooperação horizontal. Quer dizer que existem consensos estabelecidos para a efetividade dessa cooperação, dos quais destacam-se os seguintes ⁷¹ (p. 10):

(a) o voluntariado e a não condicionalidade, isto é: “independente das diferenças nos níveis de desenvolvimento relativo entre os países, a colaboração é realizada voluntariamente e sem condicionalidades”;

(b) o consenso, o que significa ser baseado em uma negociação em que as partes concordem; e

(c) a equidade, isto é, “seus benefícios devem ser distribuídos de forma igualitária entre os envolvidos na ação de cooperação”, assim como distribuição equitativa dos custos conforme possibilidade de cada participante.

Obviamente, a lógica solidária e humanística pauta a CSS. Ademais, a Cooperação Sul-Sul, notadamente na área da saúde, foco do presente estudo, tem respaldo nos documentos internacionais firmados entre os países-membros.

Nesse sentido, pode ser observada, no quadro 2 a seguir, a cronologia dos documentos internacionais relacionados à Cooperação Sul-Sul e à Diplomacia em Saúde, cuja maior representatividade dá-se no final da década de 90 e na primeira década do Século XXI, o que se traduz no caráter estratégico que o tema saúde suscita. Perpassando, inclusive, questões meramente econômicas e sobressaindo a conjugação do interesse nacional combinado com a solidariedade no que se refere aos destinos dos outros países e seus povos.

Quadro 2: Relação de Documentos Internacionais: Cooperação Sul-Sul e Saúde

Documento	Descrição	Ano
Declaração de Busan	A declaração é o resultado do 4º Fórum de Alto Nível sobre a Eficácia da Ajuda realizado em Busan, República da Coreia. Esta declaração estabelece pela primeira vez um acordo-marco para a cooperação para o desenvolvimento que abarca os doadores tradicionais, os cooperadores Sul-Sul, os BRICs e as fundações privadas.	2011
Declaração de Pequim	A Declaração de Pequim, assinada pelos Ministros da Saúde do bloco de países emergentes BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul), ressalta a importância do acesso universal a medicamentos e busca promover a transferência de tecnologia entre os países BRICS, bem como com outros países em desenvolvimento, para aumentar a capacidade de produção de medicamentos a preços acessíveis.	2011
Resolução das Nações Unidas sobre Saúde Global e Política Externa	Esta resolução encoraja os Estados-Membros a considerar a relação estreita entre política externa e a saúde global e a reconhecer que os desafios da saúde mundial exigirão esforços concertados e sustentados, a fim de promover um ambiente de política global de apoio da saúde global.	2011
Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS) da CPLP	Compromisso coletivo de cooperação estratégica entre os Estados-membros da CPLP no setor da saúde. Este plano está estruturado em sete eixos estratégicos e inclui um total de 21 projetos de desenvolvimento no setor da Saúde, sendo cinco dos quais considerados prioritários, com grande ênfase ao reforço de capacidades e ao desenvolvimento institucional dos Sistemas de Saúde.	2009-2012
Documento final de Nairóbi sobre a Conferência de Alto Nível das Nações Unidas sobre a Cooperação Sul-Sul	Na ocasião do 30º aniversário da Conferência das Nações Unidas sobre Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento, os representantes dos governos reunidos em Nairóbi, em dezembro de 2009, renovaram o compromisso de aplicar, revitalizar e fortalecer a cooperação Sul-Sul.	2009
Ata Constitutiva do Conselho de Saúde Sul-Americano	Ministros da Saúde e representantes dos países sul-americanos reuniram-se para consolidar a América do Sul como um espaço de integração para a saúde, criando o Conselho de Saúde Sul-Americano – Unasul.	2009

Cont. Documento	Descrição	Ano
A Saúde e as RI: Seu Vínculo com a Gestão do Desenvolvimento Nacional da Saúde	Esta resolução insta aos Estados a que estreitem as relações de coordenação e intercâmbio das autoridades sanitárias com as autoridades encarregadas da política exterior e de cooperação internacional dos governos, promovendo mecanismos institucionais entre o setor da saúde e das relações internacionais.	2008
Consenso de Yamoussoukro sobre Cooperação Sul-Sul	Reunidos em Yamoussoukro, Costa do Marfim, os Membros do G-77 (coalizão que inclui atualmente mais de 130 nações) e a China adotam o Consenso de Yamoussoukro que delinea os elementos essenciais da estrutura conceitual da cooperação Sul-Sul.	2008
Agenda para Ação de Acra	A Agenda de Ação de Acra, endossada pelos participantes do Terceiro Fórum de Alto Nível sobre Eficácia da Ajuda em setembro de 2008, destaca a necessidade de acelerar a eficácia da ajuda em três áreas: fortalecimento da apropriação por parte dos países, construção de parcerias mais eficazes e inclusivas, e apresentação e prestação de contas de resultados para o desenvolvimento, responsabilizando-se publicamente por eles.	2008
Declaração Ministerial de Oslo – Saúde Global, um tema urgente da política externa contemporânea	Baseados na iniciativa sobre Saúde Global e Política Externa, os Ministros das Relações Exteriores do Brasil, França, Indonésia, Noruega, Senegal, África do Sul e Tailândia emitem, em março de 2007, a Declaração Ministerial de Oslo que busca aumentar a consciência sobre os problemas de saúde nas arenas de discussões e decisões de política externa.	2007
Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda ao Desenvolvimento	A Declaração de Paris destaca cinco princípios fundamentais para tornar a ajuda mais eficaz: apropriação, harmonização, alinhamento, resultados e responsabilidade mútua.	2005
Resolução da Assembleia Geral das NU sobre a Cooperação Técnica e Econômica entre os Países em Desenvolvimento	Esta resolução reconhece que a cooperação Sul-Sul pode ter um impacto positivo sobre as políticas globais, regionais e nacionais e as ações nos domínios econômico, social e de desenvolvimento nos países em desenvolvimento, e insta esses países e seus parceiros a intensificar a cooperação Sul-Sul e a cooperação triangular nestas áreas.	2004
Declaração de Marrakesh sobre a Cooperação Sul-Sul	A Declaração de Marrakesh reconhece a cooperação Sul-Sul como um complemento imperativo à cooperação Norte-Sul para contribuir no alcance dos objetivos de desenvolvimento acordados internacionalmente, incluindo os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.	2003

Cont. Documento	Descrição	Ano
Declaração de Roma sobre Harmonização	A Declaração de Roma resume o compromisso alcançado em Roma em 2003 pelas instituições multilaterais e agências bilaterais de desenvolvimento e os países parceiros, para aumentar a eficácia da ajuda ao desenvolvimento e contribuir para atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. A Declaração de Roma é o apoio a um amplo consenso da comunidade internacional enunciado no Consenso de Monterrey.	2003
Consenso de Monterrey	A Cúpula de Monterrey (México) deu-se em março de 2002, com cerca de 50 chefes de Estado e de governo. Intitulou-se Conferência Internacional sobre Financiamento ao Desenvolvimento. O Consenso de Monterrey é o documento resultante dessa conferência, e pretende relacionar as medidas necessárias para se cumprir as metas determinadas na Declaração do Milênio, como reduzir à metade a pobreza extrema até o ano de 2015.	2002
Declaração sobre o Acordo de TRIPS e Saúde Pública	A Declaração de Doha reconhece a gravidade dos problemas de saúde pública que afligem aos países menos desenvolvidos e em desenvolvimento. Também, reflete as preocupações desses países sobre as implicações do Acordo da OMC sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados com o Comércio (Acordo TRIPS) sobre saúde pública em geral.	2001
Declaração do Milênio das Nações Unidas	Documento aprovado por 147 Chefes de Estado e de Governo, além de representantes dos demais 191 países membros da ONU, que participaram na maior reunião de dirigentes mundiais (em Nova Iorque, setembro de 2000), assumindo compromissos em reduzir a pobreza extrema, fornecer água potável e educação a todos, inverter a tendência de propagação do VIH/SIDA e alcançar outros objetivos no domínio do desenvolvimento.	2000
Declaração dos Ministros da Saúde da América Central e Panamá sobre Necessidades Prioritárias de Saúde	Os Ministros da Saúde de Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicarágua, Costa Rica e Panamá, cientes da situação no istmo centro-americano, adotam a saúde como uma ponte para a paz, identificando problemas comuns e propondo soluções conjuntas.	1984

Cont. Documento	Descrição	Ano
Plano de Ação de Buenos Aires	Em setembro de 1978, as delegações de 178 países adotam o Plano de Ação para Promover e Realizar a Cooperação Técnica entre os Países em Desenvolvimento (CTPD). Esse plano constitui-se no documento fundacional da Cooperação Sul-Sul porque a partir dele, a CTPD vira uma nova modalidade de cooperação internacional que oferece um espaço diferenciado para os países em desenvolvimento que, além de receptores, passam a ser também ofertantes de cooperação.	1978
Convênio Hipólito Unanue sobre Cooperação em Saúde dos Países da Área Andina	Os governos de Bolívia, Colômbia, Chile, Equador, Peru e Venezuela, representados por seus Ministros da Saúde, estabelecem o Convênio Hipólito Unanue com o objetivo de melhorar a saúde nos países da região andina mediante políticas e ações coordenadas.	1971
Conferência de Bandung	Os líderes de vinte e nove Estados asiáticos e africanos reuniram-se em abril de 1955 na Conferência de Bandung com o objetivo de promover a cooperação econômica e cultural entre as duas regiões como forma de oposição a toda nação imperialista. Nessa conferência adaptaram-se por unanimidade 10 princípios para a promoção da paz e da cooperação.	1955

Fonte: Adaptado do Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde – Nethis: www.bioeticaediplomacia.org. Acesso em: 01.03.2012.

Na política externa brasileira contemporânea [69], a saúde tem ampliado sua importância, a partir de um modelo horizontal e estruturante de cooperação Sul-Sul. Destacam-se, como exemplos mais efetivos, os países latino-americanos; os países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP); o Haiti; o grupo da África do Sul, China e Índia; bem como os países integrantes da UNASUL.

⁶⁹ Em representação à importância que a inter-relação da saúde com a política externa, o Programa Mais Saúde: direito de todos – 2008-2011, lançado no governo Lula, estabeleceu como diretriz “fortalecer a presença do Brasil no cenário internacional na área da saúde, em estreita articulação com o Ministério das Relações Exteriores, ampliando sua presença nos órgãos e programas de saúde das Nações Unidas e cooperando com o desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países da América do Sul, em especial com o Mercosul, com os países da América Central, da CPLP e da África”.

Portanto, a partir desse modelo, segundo defende Temporão ^[70], o objetivo é substituir a visão colonizadora tradicional da cooperação internacional. Isto é, no lugar de simplesmente doar medicamentos, busca-se ajudar o país receptor a superar a dependência frente à indústria. O ex-Ministro da Saúde exemplifica apontando a cooperação brasileira com Moçambique ^[71].

Por outro lado, a despeito dos princípios básicos estabelecidos pela CSS, questiona-se se essa Cooperação pode ser influenciada por interesses econômicos e políticos dos países doadores, se há interferência de condicionalidades ou se pode ser movida por fins comerciais e/ou lucrativos.

Não se deve, portanto, desprezar o potencial que a CSS evidencia no tocante a aspectos comerciais e mercadológicos, além do aspecto do ganho diplomático no tabuleiro geopolítico internacional. Logo, seria leviano afirmar que as questões diplomáticas da CSS estão calcadas exclusivamente na solidariedade e na ajuda humanitária.

A CSS consolidou-se como uma modalidade dentro da Cooperação Internacional, isto é, gradativamente foi deixando de ser apenas “uma experiência pontual e se tornando parte da estratégia de cooperação de muitos países que a perceberam como um meio importante para o processo de desenvolvimento” ⁷¹ (p.100). Vista como mais eficiente na promoção do desenvolvimento, Ayllón Pino e Leite ⁷² (p.18) justificam essa posição estratégica apontando a “maior aplicabilidade de soluções concebidas nos países do Sul” e o “deslocamento das atividades de pesquisa nos países industrializados para o setor privado, impossibilitando sua transferência gratuita” (p. 18) como importantes razões para que a CSS se destaque como alternativa de grande impacto para os países em desenvolvimento.

Ademais, a Cooperação Sul-Sul é um dos poucos espaços de inovação na cooperação para o desenvolvimento capaz de ampliar as fontes de

⁷⁰ Temporão J. Cooperação Sul-Sul e complexo econômico-industrial da saúde. In: Ciclo de Debates sobre Bioética, Diplomacia e Saúde Pública, Núcleo de Estudos sobre Bioéticas e Diplomacia em Saúde – NETHIS. Brasília: Universidade de Brasília; 2011. Disponível em: www.bioeticaediplomacia.org. Acesso em: 27.01.2012.

⁷¹ Instalação de fábrica de antirretrovirais em Moçambique com cooperação brasileira por meio do apoio e de orientação da Fiocruz, inaugurada em 2012.

conhecimentos e experiências, uma vez que parte do princípio que todos os países têm experiências para compartilhar ⁷⁰. Além disso, a perspectiva de maiores benefícios provenientes de uma relação de maior equilíbrio é vislumbrada na cooperação entre pares, criando condições de igualdade na definição de instrumentos, de mecanismos, da formatação e do escopo de processos de cooperação.

O que também é afirmado por Ayllón ⁷³ (p. 35) quando declara que a igualdade nas relações cooperativas se dá com mais frequência quando existem recursos similares de poder entre os participantes.

Portanto, esse formato de cooperação tem-se apresentado como estratégico na busca do equilíbrio entre as forças globais assimétricas. Sua importância deve-se, também, aos benefícios decorrentes de uma relação mais equilibrada em contraposição àquela observada na cooperação Norte-Sul, especialmente pela assimetria de poderes ¹⁰. Representa respeito mútuo e permite maior independência para o país receptor: “a resposta principal desse debate é que a única saída, não importa o caminho, é que os países recebedores tenham mais liderança sobre seu processo de desenvolvimento”⁷⁰.

Estrategicamente, a Cooperação Sul-Sul passou a compor esse novo posicionamento reivindicando um novo ordenamento internacional onde ganham maior protagonismo Estados “que dispõem de recursos suficientes” (denominados Estados *system-affeting*), além de Estados que compõem grandes mercados emergentes em atuação internacional ativa, afetando o andamento da agenda política internacional ⁷⁴ (p.42).

E é sob essa perspectiva de reconhecimento do (re) posicionamento no contexto geopolítico e econômico internacional, que se experimenta (e se busca) um novo reordenamento dos interesses e de demandas por novas formas de liderança tanto no âmbito regional quanto internacional.

Em que pese premente necessidade do reequilíbrio econômico mundial, uma nova estratégia deve ser implementada em outro grupo e não nas economias ricas da OCDE. Conforme argumentam Jean-Michel Severino e

Olivier Ray, em artigo publicado no Jornal Valor Econômico [⁷²], em 16.03.2012 “Os pobres podem salvar o mundo?”, para que os países mais pobres possam efetivamente fazer diferença no atual momento econômico deve haver uma combinação de três fatores essenciais:

“Primeiro, o comércio entre países em desenvolvimento e países emergentes precisa acelerar-se, desenvolvendo, portanto, o mesmo tipo de relação entre consumidor e fornecedor existente entre países avançados e emergentes. Segundo, os mercados internos dos países mais pobres do mundo precisam ser desenvolvidos de forma a alimentar mais crescimento doméstico. E, terceiro, os fluxos financeiros para os países em desenvolvimento - sejam investimentos externos diretos ou fundos assistenciais ao desenvolvimento - precisam aumentar e precisam vir não apenas das economias industrializadas, mas também dos países emergentes e dos exportadores de petróleo”.

Outros aspectos relevantes marcam o novo posicionamento dos países emergentes nomeados como “Grandes Países Periféricos (GPP)” ⁵⁰: “países com massa crítica suficiente para a participação real ou potencial na economia global” (p.3). São países com “expressivo mercado de massas domésticas e poder de compra no mercado mundial” e principalmente possuem políticas externas proativas com “inclinação para um revisionismo *soft* que se manifesta em posturas reformistas nas instâncias de governança global” (p.3).

A autora cita ainda que esse revisionismo é pragmático e as coalizões são de “geometria variável” dependendo da questão temática e relacionado a interesses concretos.

Nesse sentido, ao compartilharem características e desafios comuns, a CSS tem cada vez mais ganhado expressão no cenário internacional.

Portanto, o formato CSS surge na busca por um maior equilíbrio entre as forças globais, como resposta aos efeitos da intensificação do comércio mundial e da globalização que tornaram mais vulneráveis as economias menos

⁷² Severino JM, Ray O. Os pobres podem salvar o mundo? Jornal Valor Econômico. 16.03.2012. Disponível em: http://www.valor.com.br/opiniao/2573146/os-pobres-podem-salvar-o-mundo?utm_source=newsletter_manha&utm_medium=16032012&utm_term=os+pobres+podem+salvar+o+mundo&utm_campaign=informativo&NewsNid=2572524. Acesso em: 16.03.2012

desenvolvidas, na perspectiva de potencializar a sustentabilidade socioeconômica e política das nações do Sul.

Por outro lado, Saraiva ⁷⁴ (p. 43) afirma que: “em termos produtivos, a transnacionalização progressiva tomou impulso com os avanços tecnológicos”. Ao que a própria autora ⁷⁴ (p.43-4) argumenta como consequência dicotômica da nova ordem: ao mesmo tempo em que apresenta necessidades e constrangimentos para os países do Sul, também apresenta novas opções internacionais de inserção, sem os quais, em longo prazo, tornar-se-ão inócuos todos os esforços de promoção do desenvolvimento de forma competitiva e estruturante.

Há, entretanto, desafios a serem ultrapassados.

Em termos geopolíticos, apesar de uma maior participação dos países em desenvolvimento junto aos organismos internacionais, sem que haja uma efetiva atuação em bloco nos foros de debate e nos organismos multilaterais, tende a persistir assimetrias de poder e distribuição desigual de benefícios, além de perda de barganha frente às economias mais fortes ⁷⁵.

Portanto, a despeito dos benefícios potenciais da CSS, seu sucesso relaciona-se intrínseca e diretamente com a existência de instituições confiáveis, a governança legítima e estabelecida, a garantia de financiamento, a adoção de políticas públicas consensuadas, a existência de mão de obra qualificada, além de um sistema político que promova oportunidades para a maioria e não para uma minoria privilegiada.

Isto é, ainda que os países do Sul já considerem a CSS como uma ferramenta fundamental para responder às demandas da agenda global e aos compromissos para o desenvolvimento sustentável ^{73,76,77,69}, há que se ponderar que sem instituições fortemente interligadas, com capacidade de planejamento de prioridades conjuntas, interface entre os distintos atores envolvidos e desenvolvimento de mecanismos de governança, esta não representará avanços significativos.

Historicamente, o Brasil se inseriu no marco dessa cooperação como prestador de cooperação técnica para diversos países em desenvolvimento.

Tendo se beneficiado da transferência de conhecimento dos países mais desenvolvidos na área da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento – CID, o Brasil passou a exercer prestação de cooperação internacional a partir de 1970, quando da assinatura da CTPD. Com o passar dos anos, o País vem atuando de forma cada vez mais ativa, com participação crescente no número de projetos implementados e na “quantidade de parceiros nacionais, tanto burocráticos como da sociedade civil envolvidos na prestação da cooperação junto ao Governo brasileiro” ⁷⁸ (p. 06).

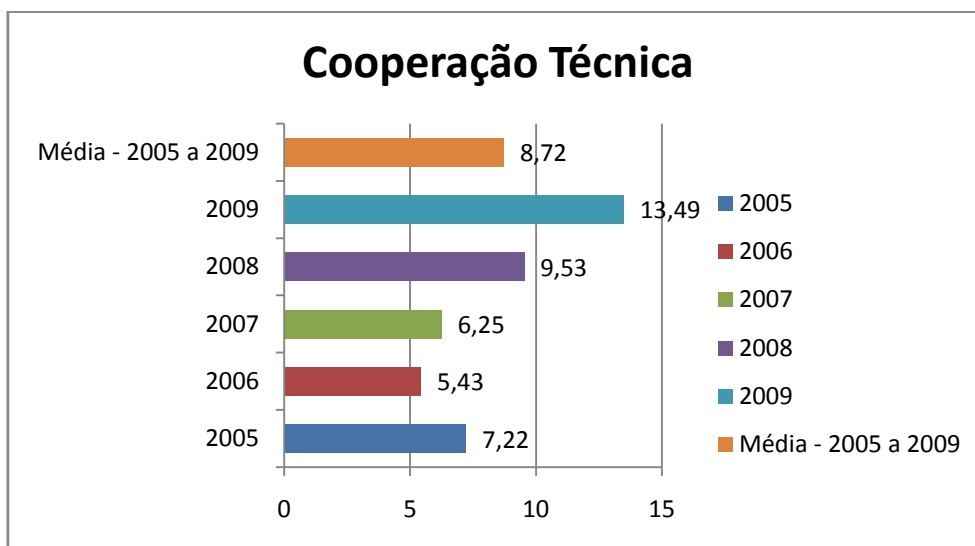
O Brasil, no tocante à cooperação entre os países, tem dado importância cada vez maior às suas relações de cooperação para o desenvolvimento internacional, o que vem a atender, inclusive, a meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) – ODM 8: “estabelecimento de parceria mundial para o desenvolvimento”.

O reflexo da priorização dada pelo governo à cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional pode ser observado ao considerar que em 2005 o valor aplicado fora de R\$ 384,2 milhões, alcançando em 2009 o montante de R\$ 724 milhões, praticamente dobrando o valor inicialmente aplicado ⁷⁹[⁷³].

Segundo o estudo do IPEA ⁷⁹, do montante total investido durante o período 2005 e 2009, cerca de R\$ 2,9 bilhões, aproximadamente 8,72% do total referem-se à cooperação técnica (o que pode ser observado no gráfico 1, a seguir).

⁷³ Em conjunto com a Secretaria de Assuntos Especiais da Presidência da República e a Agência Brasileira de Cooperação e o Ministério das Relações Exteriores, o IPEA publicou dados sobre cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional relativos ao período compreendido entre 2005 e 2009.

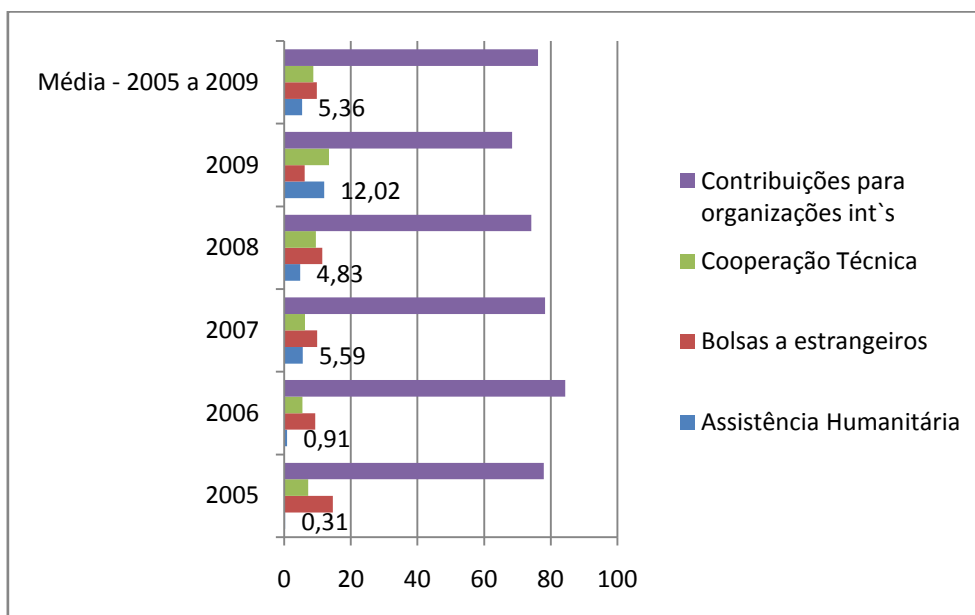
Gráfico 1: Investimentos em Cooperação Técnica (em %)



Elaboração própria a partir de dados do IPEA, 2010

No tocante às políticas humanitárias, foram aproximadamente R\$ 155,4 milhões aplicados em ações humanitárias, abarcando nesse período 5,4% do total aplicado, conforme pode ser observado no gráfico 2.

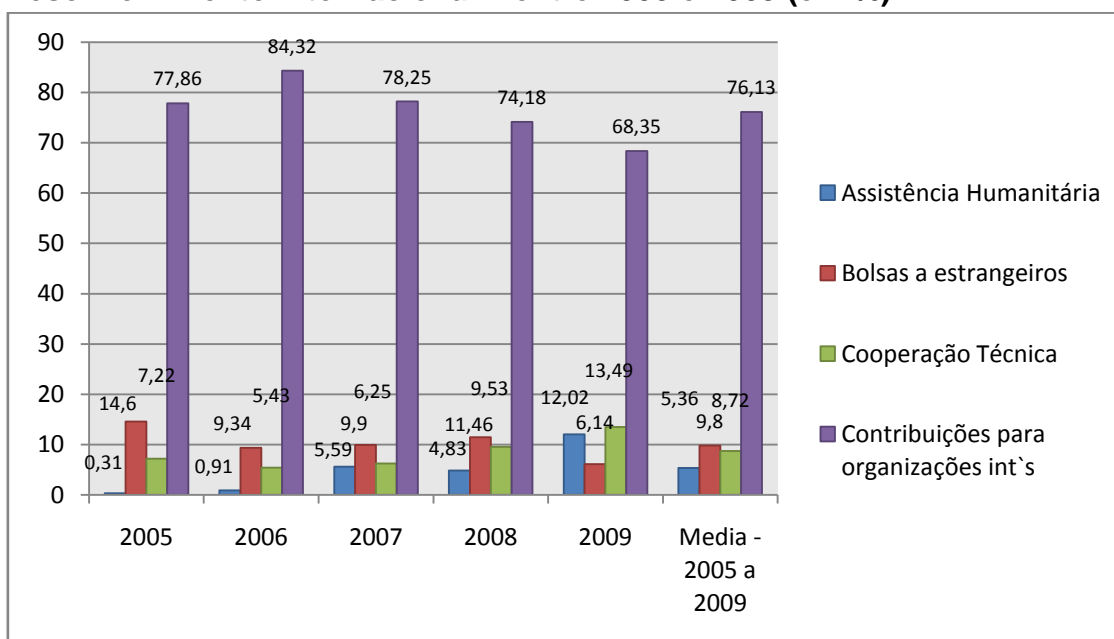
Gráfico 2: Relação de Investimentos em Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento: Assistência Humanitária (em %)



Elaboração própria a partir de dados do IPEA, 2010

Ainda segundo o estudo do IPEA ⁷⁹, em que pese maior investimento nas questões relacionadas a contribuições para organismos internacionais (76,13% do total no período), a cooperação técnica tem uma perspectiva positiva quando comparada aos demais. Mesmo a despeito de ter sofrido uma pequena queda em 2006 (5,43%) nos investimentos efetuados quando comparada ao ano anterior (7,22%), conforme pode ser observado no gráfico 1, os investimentos para a cooperação técnica, a partir de então, passaram a refletir a importância que o tema vem adquirindo nos últimos anos, o que pode ser observado no aumento dos percentuais aplicadas na área (ver gráfico 3, a seguir).

Gráfico 3: Investimentos em Cooperação Internacional Brasileira para o Desenvolvimento Internacional – entre 2005 e 2009 (em %)



Elaboração própria a partir de IPEA, 2011

Pode ser observado no gráfico 3 que, apesar da dominância dos investimentos junto às organizações internacionais, os mesmos vêm decrescendo de forma lenta e, por outro lado, há ligeiro aumento nos investimentos para a assistência humanitária e para a cooperação técnica, o que acena para uma tendência à formação de um novo olhar da governança brasileira junto às cooperações para o desenvolvimento internacional e um

olhar estratégico em busca da diminuição de vulnerabilidade estrutural que a área comporta nos países em desenvolvimento.

A intensificação das práticas de CSS brasileira é beneficiada pelas oportunidades vigentes no sistema internacional. Essa situação é possibilitada tanto pela passagem para uma nova ordem em função do esgotamento provocado pelas atuais crises internacionais, com reflexo nos países do Norte; como pela queda do bipolarismo; assim como em consequência à nova ordem internacional observada, principalmente, a partir do início da década de 90, “marcada por ações mais isoladas da dimensão Norte-Sul”⁷⁴ (p. 42).

Na questão da influência relacionada aos demais países inseridos nesse contexto internacional, vale citar que, considerando o conceito defendido por Wallerstein⁸⁰, o Brasil, hoje, se insere no “Sistema-Mundo” como um Estado importante, exercendo grande influência, destacando-se entre os seus pares e repercutindo na condução geopolítica internacional. O que pode ser justificado tanto por sua dimensão territorial e populacional, quanto pela liderança exercida frente aos interesses da América Latina e, mais amplamente, com grande expressão perante os interesses dos países do eixo Sul-Sul ou partícipes da “Periferia”, conforme conceitua o autor.

Ayllon Pino e Leite⁷² defendem, em seu estudo sobre o Brasil na relação da CSS, uma ligação que, além do aspecto da solidariedade:

“tem relação com objetivos mais amplos ligados à abertura de mercados para produtos, serviços e investimentos brasileiros⁷⁴; à preservação dos interesses nacionais em países onde estejam ameaçados⁷⁵; e à busca de prestígio e de apoio para que o Brasil venha eventualmente ocupar um assento permanente no Conselho de Segurança da ONU” (p.18).

Ao mesmo tempo em que compara o Brasil com a China e a Índia, os autores afirmam que o Brasil, diferentemente desses dois países, não tem interesse político e econômico de curto prazo, “mas pela realização de

⁷⁴ O Complexo Econômico-Industrial da Saúde, a ser aprofundando no Capítulo IV desta tese, vincula-se diretamente na relação da abertura de mercados para produtos, serviços e investimentos brasileiros.

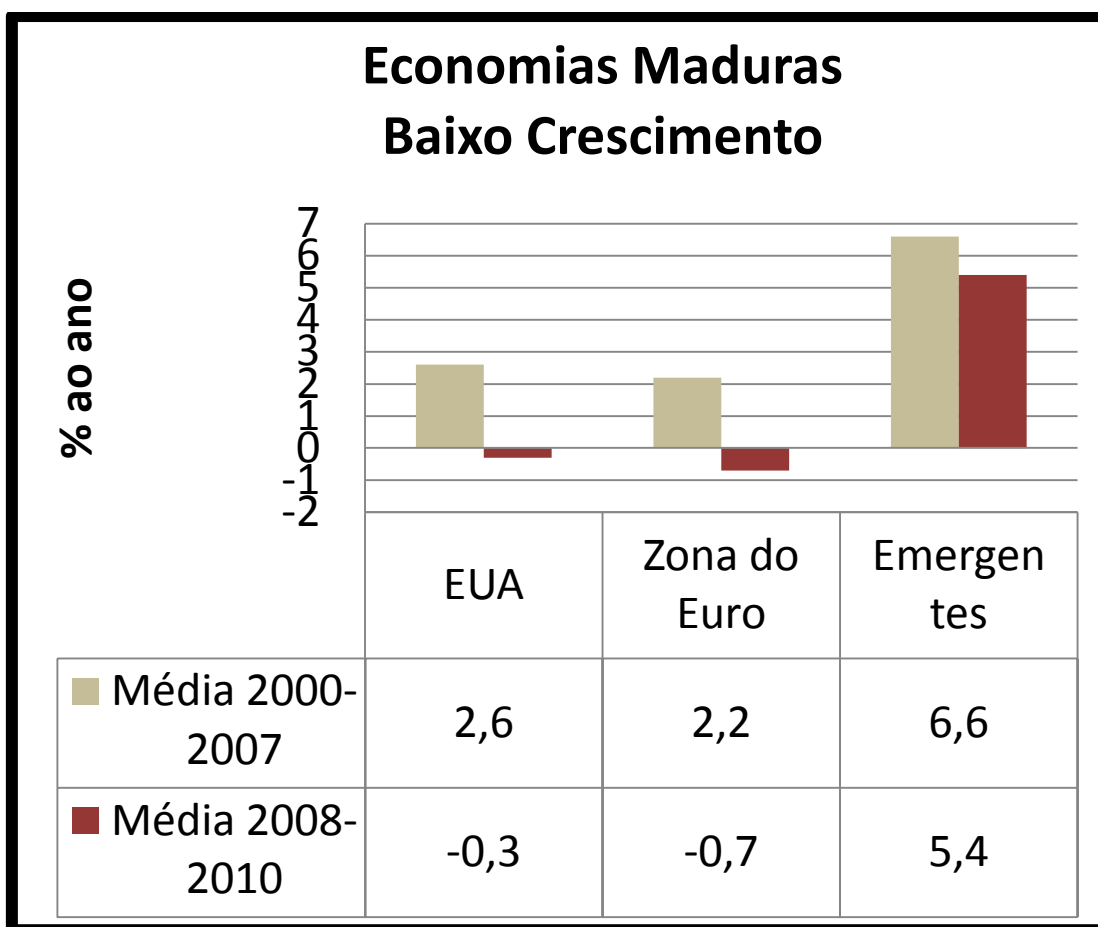
⁷⁵ Como é o caso da relação Brasil-Haiti

interesses comuns em prol do desenvolvimento, sem que isso implique reprodução da clivagem Norte-Sul característica da Guerra Fria” ⁷² (p.18), indicando, portanto, o comprometimento com o multilateralismo.

Não é objeto do presente estudo a discussão dos principais movimentos econômicos internos, entretanto, é importante ressaltar que uma política econômica mais consolidada vislumbra maiores garantias para a efetividade da política externa. Nesse sentido, o Brasil, notadamente no início do século XXI, promoveu ações que favoreceram o País na sua projeção internacional: oferta de maiores garantias ao capital internacional, políticas de manutenção ao controle inflacionário, políticas de controle de juros, reformas fiscais controles cambiais, programas e políticas focadas na redução da desigualdade socioeconômica e da pobreza extrema, somente para citar algumas ações.

Políticas essas que, dentre outras, ajudaram a manter o País mais incólume às últimas crises globais que afetaram profundamente a “saúde” de diversas economias e nações. Como exemplo, podemos citar a depressão econômica de 2008 que acabou resultando no não restabelecimento do crescimento sustentável nas economias maduras e impondo um aumento acelerado do seu endividamento público, em um cenário de acentuada queda na atividade econômica. Segundo o gráfico 4, até o ano de 2010 as economias maduras não conseguiram recuperar as fortes perdas em decorrência da crise.

Gráfico 4 - Baixo Crescimento das Economias Maduras



Fonte: Bloomberg 2011 – www.bloomberg.com

Por consequência, crises como essa criaram oportunidades para uma participação mais efetiva e com maior evidência dos países do eixo Sul-Sul no contexto internacional. Segundo aponta o gráfico 4, os países emergentes, quando comparados com países da zona do Euro e os EUA, foram os que mais se destacaram no crescimento econômico mundial da primeira década do século XXI.

O Brasil, apesar de ser portador de forte desigualdade interna, com uma base de pesquisa e de desenvolvimento científico e tecnológico inovativo em formação e uma capacidade produtiva ainda frágil, vem mantendo uma posição de destaque, principalmente nas duas últimas décadas em função da adoção de uma política externa ativa em convergência com a consolidação da política econômica nacional e regional.

Dessa forma, o Brasil passou a exercer novos vetores de influência com forte potencialidade para ajudar a sustentabilidade das nações do Sul ⁷⁵ (p.106). Muito embora o Brasil tivesse a CSS como um instrumento para o fortalecimento da sua presença no cenário internacional, a cooperação Sul-Sul somente se estabeleceu, mais efetivamente, como prioridade da política externa brasileira, tornando-se inclusive estratégica para o País, a partir do governo Lula, isto é, na primeira década do século XXI.

O governo Lula (2003-2010) considerou como estratégia importante realizar coalizões entre países do Sul visando obter sucesso em iniciativas multilaterais. Política externa mais intensa do que no governo precursor, haja vista a lógica vigente da sua diplomacia influenciada por bases ideológicas e humanitárias e também por mudanças no contexto internacional que, permitiram essas articulações entre os países do Sul ⁸¹ dadas “as profundas alterações sistêmicas do pós Guerra Fria” ⁷⁵ (p.107).

A CSS passou a ter dupla função. Conforme afirma Gonçalves ⁷⁸, tornou-se um instrumento duplo na política exterior:

“servindo tanto como uma forma de promover solidariedade entre os países, inserindo-se diplomacia solidária do governo Lula, como também um suporte para a realização dos interesses nacionais, visto que é capaz de reforçar as relações Sul-Sul, auxiliar no processo de afirmação do Brasil como um ator relevante na política internacional e promover o comércio com países do Sul” (p.19).

Entretanto, para uma efetiva inserção, países como o Brasil buscam inserir-se competitivamente na economia internacional demandando simultaneamente uma maior capacidade produtiva competitiva e sustentável em nível nacional.

Ademais, em que pese a importância da CSS, tanto na perspectiva estruturante quanto na perspectiva do desenvolvimento local, nacional e regional, há de se considerar o legado histórico imperialista e intervencionista e, nesse sentido, pode-se dizer que fortalecer a autonomia regional não é trivial. A despeito da mudança do paradigma geopolítico e da integração entre as nações do continente passar a ser considerada como prioritária - e sob essa

perspectiva do novo contexto político priorizar a estratégia de integração como meio de fortalecimento político e econômico frente a um contexto de globalização fortemente assimétrico -, devemos ter em mente todos os tipos de dificuldades que travam esse processo, sejam óbices de origem política, diplomática, econômica, comercial, fiscal ou cambial de remetentes (Estados Unidos, principalmente – país central no sistema-mundo) que tencionam o processo de integração.

Isso posto, tem grande importância a necessidade de coordenar projetos e programas de integração latino-americanos (ou os demais referentes ao eixo Sul-Sul), cuja hegemonia seja baseada no interesse regional comum, a despeito da diversidade e da assimetria socioeconômicas heterogêneas percebidas nesses países. Nesse sentido, tem importância estratégica a continuidade da integração latino-americana e também projetos que integrem países do eixo Sul-Sul, como, por exemplo, países africanos com o Brasil – CPLP [76] - ou países emergentes como Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul, conhecidos como BRICS, destacando-se também o acordo de caráter político, estratégico e econômico firmado entre Índia, Brasil e África do Sul, reconhecido como IBAS ou Fórum de Diálogo Índia-Brasil-África do Sul ou G3.

Além disso, há de se considerar como um grande obstáculo a ser ultrapassado: a grande desigualdade existente na região no caso específico da América Latina. É consenso entre as Organizações Internacionais que a região é a mais desigual do planeta ⁸². E essas diferenças também dificultam o estabelecimento e o fortalecimento de ações integradoras e endógenas entre os países em questão.

Algumas das dificuldades internas e dos limites estruturais e institucionais que desafiam a condução e a integração regional podem ser definidas como: (a) dívidas históricas, (b) orçamentos decrescentes dos países,

⁷⁶ CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa, criado em 1996, é foro multilateral para cooperação e é composto por 8 países: Brasil, Angola, Cabo Verde, Guiné Bissau, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste e tem como objetivos, dentre outros: a concertação político-diplomática entre seus estados membros, nomeadamente para o reforço da sua presença no cenário internacional e a cooperação em todos os domínios, inclusive os da educação, saúde, ciência e tecnologia, defesa, agricultura, administração pública, comunicações, justiça, segurança pública, cultura, desporto e comunicação social. Disponível em: <http://www.cplp.org/id-46.aspx>, Acesso em: 04.03.2012.

(c) heterogeneidade da capacidade de produção, (d) desigualdades estruturais e das capacidades produtivas, tecnológicas e de conhecimento, (e) limitada capacidade de inovação e de pesquisa e de desenvolvimento, (f) falta de continuidade das decisões políticas, isto é, maior tendência à formação de políticas de governo e não de Estado, (g) a incoerência com as demais políticas e (h) incapacidade de governança e de mensuração dos resultados e dos impactos alcançados.

A despeito das dificuldades existentes tanto no âmbito interno de cada país (do Sul) quanto às questões sócio-políticas e econômicas dos países e a forte desigualdade entre eles, muitos desses países estão se organizando e fortalecendo a sua atuação em blocos (nos organismos multilaterais). O que reforça o multilateralismo e a defesa do todo e não somente de muito poucos.

Isso posto, alternativas ao Sul, estabelecidas em consenso e em coalizões pelos países e por suas políticas externas, são consequências da configuração das relações internacionais na era Pós-Guerra Fria, em que o multilateralismo amplia os poderes de decisão nos principais fóruns internacionais.

Alternativas essas que durante o governo Lula se estabeleceram sedimentando uma trajetória ativa e cada vez mais influente que se estende até os dias de hoje. Essas alternativas podem ser reconhecidas como intra e inter-regionais. A América do Sul, a criação do Unasul pela defesa do regionalismo, a aproximação com a África por meio do fortalecimento dos PALOPS (e CPLP), a constituição do IBAS e a o BRICS são focos dessa política.

Em consequência desse movimento, podem ser apontados, tanto sob a perspectiva intra-regional, quanto na perspectiva inter-regional, os principais mecanismos da política externa do Brasil [⁷⁷]:

Sob o recorte da América do Sul, destacam-se, dentre outras iniciativas:

- Mercado Comum do Sul - MERCOSUL;
- União de Nações Sul-Americanas - UNASUL;
- Organização do Tratado de Cooperação Amazônica -OTCA;

⁷⁷ Disponível em www.mre.gov.br

- Associação Latino-Americana de Integração - ALADI;
- Comunidade dos Estados Latino-Americanos e Caribenhos - CELAC, em conjunto com América Central e Caribe,
- Sistema Econômico Latino-Americano de Integração - SELA, incluindo o Caribe;
- Comunidade Andina de Nações - CAN [⁷⁸] e
- Aliança Bolivariana para as Américas - ALBA [⁷⁹].

Envolvendo mais de um continente:

- Agrupamento Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul – BRICS;
- Fórum de Diálogo Índia, Brasil e África do Sul – IBAS;
- Comunidade dos Países de Língua Portuguesa – CPLP [⁸⁰];
- Cúpula Ibero-Americana;
- Cúpula América do Sul-África - ASA;
- Cúpula América Latina, Caribe e União Europeia - ALC-EU;
- Cúpula América do Sul - Países Árabes - ASPA e
- Fórum de Cooperação América Latina – Ásia do Leste - FOCALAL.

Não é pretensão deste estudo apresentar cada uma das iniciativas da política externa brasileira.

Entretanto, em função da priorização estratégica dada à integração sul-americana, que tem no MERCOSUL e na UNASUL seus principais pilares, e à aproximação estratégica com a África com a intensificação do relacionamento do Brasil com o continente africano em termos gerais, optamos por destacar, mesmo que brevemente, as principais iniciativas referentes a esses dois continentes, isto é, o MERCOSUL, a UNASUL e o CPLP. Destas iniciativas, no capítulo V, serão identificados os principais movimentos relacionados à saúde, questão que norteia esta tese de doutoramento.

⁷⁸ Brasil como Estado associado.

⁷⁹ Brasil não é Estado-membro.

⁸⁰ Os países membros do PALOPS inserem-se na CPLP.

Isso posto, a integração sul-americana, em função do potencial que a América do Sul representa para o Brasil, tem caráter primordial. A região é potencialmente positiva para a integração, a despeito da desigualdade existente no que se refere a questões de mercado. Os países possuem condições geopolíticas e econômicas muito distintas, apesar da similaridade dos aspectos culturais, de colonização, religiosos, linguísticos e geográficos.

Conforme portal do Itamaraty [⁸¹], ao definir a integração regional sob a abordagem positiva:

“a região é potencialmente autossuficiente em energia, tem as maiores reservas de água do mundo e uma enorme capacidade de produção agrícola. A região também representa um mercado em expansão, com perspectivas auspiciosas, no conjunto da região, de crescimento econômico. Além disso, todos os países da América do Sul são democracias com governos constitucionalmente eleitos que colocaram a causa da justiça social no centro de seus cenários políticos”.

Ainda de acordo com o Itamaraty, optou-se pela priorização da região sul-americana, entendida como o entorno geográfico imediato ao território brasileiro com maior viabilidade nas coordenações políticas e dos projetos concretos de integração.

2.1. Mercosul

O Mercado Comum do Sul – MERCOSUL, importante projeto de política externa do Brasil, representa mais do que um acordo comercial. É um processo de integração econômica entre Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, iniciado com a assinatura do Tratado de Assunção [⁸²] em 26.03.91, tendo adquirido personalidade jurídica internacional e estabelecida a sua estrutura institucional

⁸¹ Disponível em www.itamaraty.gov.br. Acesso em: 22.05.2012.

⁸² Tratado de Assunção – Tratado para a Constituição de um Mercado Comum entre a República Argentina, a República Federativa do Brasil, a República do Paraguai e a República Oriental do Uruguai. Disponível em: <http://www.mercosul.gov.br/tratados-e-protocolos/tratado-de-assuncao-1>. Acesso em: 18 de abril de 2012

com o Protocolo de Ouro Preto [⁸³], em 17.02.94. Atualmente, são Estados Associados: Bolívia, Chile, Peru, Colômbia e Equador. Venezuela assinou o Protocolo de Adesão ao Mercosul em 2006, porém para a conclusão da adesão falta a aprovação do Congresso Parlamentar do Paraguai.

A fim de se promover a reforma das economias e a abertura de mercados, o Tratado previa uma agenda de integração que se dividia em etapas distintas. A primeira, a área de livre comércio. Esta deu origem à tarifa externa comum na região. A segunda, a união aduaneira. E a terceira, o mercado comum. Estas duas últimas etapas ainda não foram definidas por conta da dificuldade de os países convergirem nas suas políticas cambial, orçamentária e monetária. Entretanto, é mais evidente a integração comercial promovida pela primeira etapa do projeto do Mercosul e as expectativas em relação ao incremento de poder de negociação junto a outras instâncias que o Mercosul tende a promover, apesar das divergências ainda constantes entre os parceiros, notadamente Brasil e Argentina.

Representa, em 2011, uma população de mais de 200 milhões de habitantes, dos quais 80% se encontram no Brasil. O que, segundo o Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior [⁸⁴], para o Brasil “pode não parecer um grande mercado ampliado, mas permite uma importante experiência para nossas empresas, em especial as pequenas e médias, no contato com o mercado externo e expansão das relações comerciais com outros mercados”. Ainda segundo o portal do MDIC, o MERCOSUL é atualmente a quarta área geoeconômica do mundo e um dos mercados emergentes com maior renda *per capita*.

Considerado como uma ferramenta estratégica para a defesa dos projetos nacionais dos seus parceiros na economia-mundo promovida pela globalização, constitui uma zona de livre comércio e uma união aduaneira que visa à formação de um mercado comum entre seus Estados Partes.

⁸³ Protocolo de Ouro Preto – Protocolo Adicional ao Tratado de Assunção sobre a Estrutura Institucional do Mercosul. Disponível em: <http://www.mercosul.gov.br/tratados-e-protocolos/protocolo-de-ouro-preto-1>. Acesso em: 18 de abril de 2012.

⁸⁴ Ver www.mdic.gov.br, 2012

Tem como objetivo a livre circulação de bens, serviços, trabalhadores e capital entre os países do bloco, buscando o aumento e a diversificação da oferta de bens e serviços com padrões comuns de qualidade, seguindo normas internacionais, com economias de escala. Visa ao estabelecimento de uma tarifa externa comum, isto é, o estabelecimento de uma política comercial uniforme em relação a terceiros países/blocos. Objetiva a coordenação de posições comuns em foros econômico-comerciais regionais e internacionais, a coordenação de políticas macroeconômicas e a harmonização das políticas setoriais e dos códigos legislativos dos países membros nas áreas relacionadas ao processo de integração.

Além disso, objetiva a promoção, de modo coordenado, do desenvolvimento científico e tecnológico e a busca permanente de pautas comuns para o desenvolvimento sustentável dos recursos regionais, além de visar participação crescente dos setores privados no processo de integração [85].

Ademais, segundo o Itamaraty ⁸³, o Mercosul caracteriza-se pelo regionalismo aberto, isto é, além do comércio intrazona visa ao intercâmbio comercial com terceiros países.

Passados 20 anos da criação do Mercosul, o otimismo sobre a integração deu lugar à “prevalência das visões nacionais”, às “diferenças surgidas na América do Sul” e à “emergência da China como primeiro parceiro comercial de muitos países da região, inclusive o Brasil”, o que acarretou grandes obstáculos à negociação no âmbito do Mercosul ⁸⁴.

As medidas protecionistas entre os países membros do Mercosul tornaram-se constantes. O que acabou gerando conflitos comerciais mais evidentes entre os maiores e menores representantes, respectivamente, Brasil – Argentina e Paraguai - Uruguai. A fragilidade em função das barreiras comerciais impostas entre os seus pares também ocasionou desgastes que comprometeram os fundamentos do Mercosul, em que até poucos anos atrás tinha a sua continuidade comprometida ⁸⁵.

⁸⁵ Disponível em www.mdic.gov.br. Acesso em: 22.05.2012.

Entretanto, segundo o MDIC ⁸⁶, as “perspectivas indicam que o intercâmbio intra-zona continuará crescendo, demonstrando que ainda não se configurou o esgotamento do potencial de comércio”. Entre 2002 a 2008 [⁸⁶], a corrente de comércio entre o Brasil e os demais países do Mercosul passou de US\$ 8,9 bilhões para US\$ 36,6 bilhões. Logicamente a recente crise econômica mundial impactou o comércio do bloco. A partir de 2010 houve a retomada comercial. Entretanto, apesar das apostas no desenvolvimento e no comércio intra-bloco, deve-se considerar a possibilidade da aproximação dos seus limites, “recomendando-se a ampliação das fronteiras, seja pela conquista de novos parceiros, seja pela diversificação das pautas de comércio”, conforme defende o MDIC ⁸⁶.

Por outro lado, a despeito de inicialmente estar voltado para a integração econômica e comercial, com as dificuldades institucionais e estruturais decorrentes e imersos em crises econômicas, reconhecendo-se, inclusive no Brasil, o reduzido impacto para a estrutura produtiva nacional e a quase marginalidade para as necessidades brasileiras de modernização produtiva, os países do Mercosul, notadamente o Brasil, passaram a dar maior ênfase, nos primeiros anos do século XXI, às questões políticas e sociais da região ⁸⁴:

“Embora essas novas ênfases representem uma distorção do Tratado de Assunção, muitos vêem tais medidas como igualmente importantes para a integração regional. Esse processo, no entanto, vive hoje um momento de crise institucional, que, caso fosse superada, poderia fazer crescer ainda mais o relacionamento comercial entre os países-membros”.

Nessa perspectiva, segundo avaliação de Lafer ³⁴ (p. 90 -91), o Mercosul lida com o “conflito e a cooperação na moldura do direito e da diplomacia, lastreados no potencial de sociabilidade e solidariedade que vem sendo desenvolvido entre os seus membros no correr do tempo”. Na projeção do autor, o Mercosul comporta forte potencialidade:

“tem como base fazer não apenas a melhor política, mas também a melhor economia de suas geografias, no contexto de valores comuns de inspiração democrática, voltados para a construção de paz e para

⁸⁶ Segundo dados disponíveis em <https://i3gov.planejamento.gov.br>, Acesso em: 22.06.2012.

a promoção do desenvolvimento da sua região. É isso que vem sustentando a agenda da integração econômica e a efetiva transformação das fronteiras de clássicas fronteiras-separação, em modernas fronteiras-cooperação”.

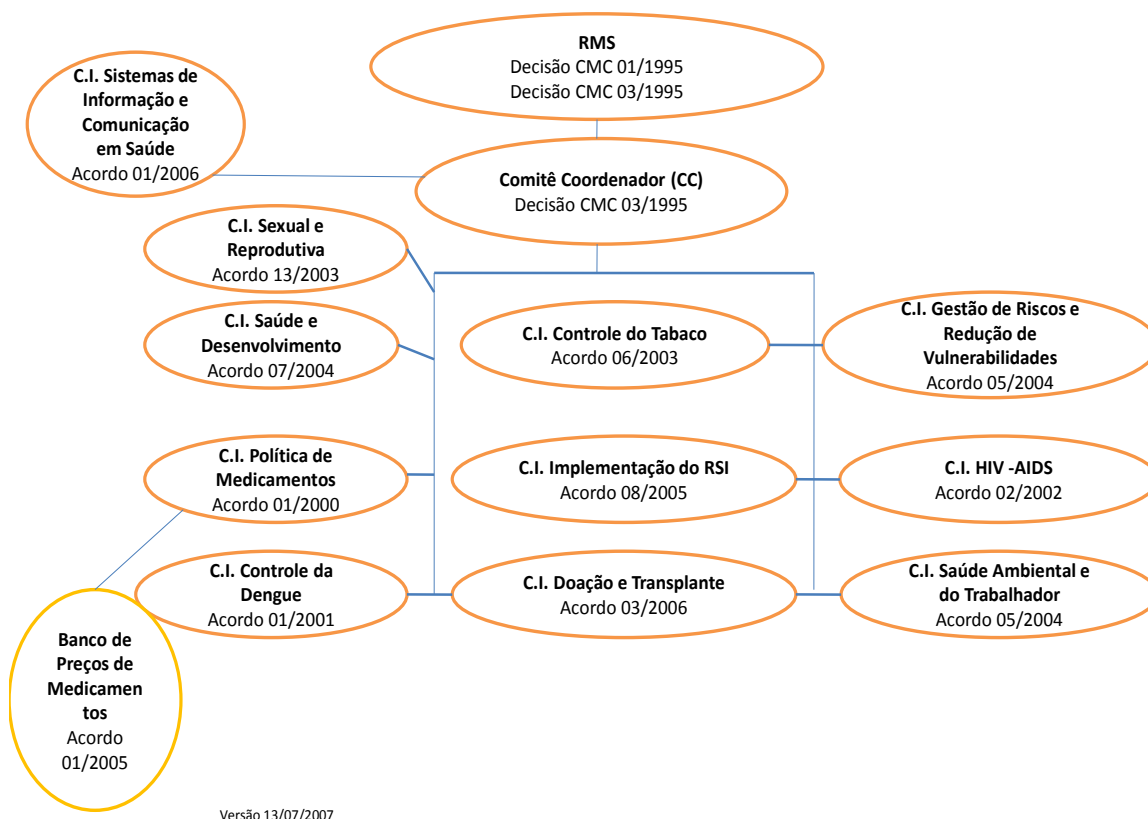
Nesse sentido, declara Barbosa ⁸⁴: “o processo de integração sub-regional é um ganho político e econômico para os países-membros, pela relevância no plano estratégico-diplomático”. Em meio à crise institucional do Mercosul é que a priorização dada pelo Brasil a essa integração, mais notadamente a partir da gestão do governo Lula, a despeito da criação do Unasul e a esperada superposição de competências, reflete a expectativa do fortalecimento e do alcance dos objetivos previstos e pactuados entre os países membros do Mercosul.

No tocante às questões da “Saúde”, esse tema encontra-se inserido no Subgrupo de Trabalho nº 11 – SGT-11, dentro da estrutura do Grupo Mercado Comum – GMC [⁸⁷], além de ser tema com destaque específico das Reuniões de Ministros da Saúde, no âmbito do Conselho do Mercado Comum - CMC. A formalização de propostas provenientes desses dois foros é direcionada a esses dois órgãos principais do Mercosul que têm como característica o poder decisório, de condução política e executiva: o CMC e o GMC.

A Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul (RMS) foi criada em 1995. Tem como função propor ao CMC medidas para a coordenação de políticas voltadas para a área da saúde no Mercosul. Tem como objetivo definir planos, estratégias, programas e diretrizes visando ao processo de integração. Ademais, atua na formulação, no acordo e no apoio a ações de promoção, prevenção, proteção e atenção à saúde que são realizadas em cada Estado membro, seja por meio de recursos dos sistemas nacionais de saúde ou por meio de projetos de cooperação intra ou extra bloco.

⁸⁷ Compõem o GMC outros 13 grupos de trabalho – SGT-1 Comunicações, SGT-2 - Aspectos Institucionais, SGT-3 - Regulamentos Técnicos e Avaliação de Conformidade, SGT-4 - Assuntos Financeiros, SGT-5 - Transporte, SGT- 6 - Meio-Ambiente, SGT-7 - Indústria, SGT-8 -Agricultura, SGT- 9 - Energia e mineração, SGT-10 - Assuntos de Trabalho, Emprego e Seguridade Social, SGT-12 - Investimentos, SGT-13 - Comércio Eletrônico e SGT- 14 - Acompanhamento da Conjuntura Econômica e Social.

Figura 4: Reunião dos Ministros da Saúde do Mercosul - RMS



Fonte: http://www.mercosulsaudevsite.com.br/PDF/Organograma%20RMS_13_07_2007_PT.pdf

Sob a orientação do Grupo Mercado Comum, o Subgrupo de Trabalho nº 11, criado pela Resolução GMC nº 151/96, comporta na atual estrutura a Comissão dos Serviços de Atenção à Saúde, a Comissão dos Produtos para Saúde e a Comissão de Vigilância em Saúde, com suas Subcomissões e Grupos *Ad hoc*. O SGT-11 tem caráter deliberativo e os trabalhos do grupo são organizados conforme pauta de interesse comum, da qual constam temas priorizados pelos Estados Partes, sendo acordada e aprovada pelo GMC. Nesse sentido executam suas atividades conforme pauta aprovada pela Resolução GMC nº 13/07 que relaciona os temas sobre os quais se buscará a harmonização de legislações e diretrizes, promovendo a cooperação técnica e coordenando as ações necessárias ao processo de integração entre os Estados-Partes, segundo a proposta de uma norma na área da saúde comum a todos os Estados membros. O relacionamento do SGT nº 11 "Saúde" com as

demais instâncias do Mercosul busca promover a integração e a complementação das ações. Apesar do caráter supranacional é mister destacar que se faz necessária a incorporação das normas pelos Estados partícipes junto aos órgãos competentes nacionais, normas essas passíveis de adendos e modificações, porém necessárias, com retificações ou não, de serem incorporadas pelo Estado.

Ações e atividades implementadas pelo Mercosul no tema “Saúde” por meio desses foros específicos serão abordados no capítulo V, cujo objetivo é identificar a inter-relação das políticas nacionais com a política externa dentro da concepção da cooperação Sul-Sul.

Antes de apresentar a Unasul, contemporânea na região, vale destacar uma organização centenária: a OPAS. Criada em 1902 na 2ª Conferência Internacional da Organização dos Estados Americanos, a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS é um organismo regional de saúde pública com um século de experiência, dedicado a melhorar as condições de saúde dos países das Américas. Segundo seu *site* oficial, a OPAS exerce atuação no Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas e faz parte dos sistemas da Organização dos Estados Americanos (OEA) e da Organização das Nações Unidas (ONU).

A OPAS coopera com os governos, através de técnicos e cientistas, para melhorar políticas e serviços públicos de saúde, estimulando o trabalho em conjunto com os países, para alcançar metas comuns como iniciativas sanitárias multilaterais, de acordo com as decisões dos governos que fazem parte do corpo diretivo da Organização. Conforme sua missão, baseia-se na orientação de esforços estratégicos de colaboração entre Estados membros a fim de promover a equidade na saúde, combater doenças, melhorar a qualidade e elevar a expectativa de vida dos povos das Américas, seus cientistas incentivam a promoção da transferência de tecnologia e a difusão do conhecimento acumulado através de experiências produzidas nos Estados Membros da OPAS/OMS [⁸⁸].

⁸⁸ Disponível em <http://new.paho.org/bra/>

Além disso, essa organização busca contribuir para o fortalecimento do setor da saúde nos países a fim de que os programas prioritários sejam executados e sejam privilegiados enfoques multisetoriais e integrais de saúde.

Ademais, sob os auspícios da OPAS, em seu Documento Oficial 328, referente ao Plano Estratégico 2008 – 2012, de junho de 2009, vale destacar, dentre os objetivos estratégicos da OPAS ⁸⁷, aqueles que asseguram a melhoria do acesso, da qualidade e do uso de produtos médicos e de tecnologias sanitárias, o fortalecimento da autoridade sanitária nacional, a diminuição das desigualdades em saúde entre os países e as iniquidades no interior dos mesmos e o aproveitamento dos conhecimentos, da ciência e da tecnologia (p.18).

Cabe destacar a estreita correlação desses objetivos ao firmado na Agenda da Saúde para as Américas 2008-2017 ⁸⁸, o que denota uma convergência da questão do acesso a bens e serviços de saúde e ao fortalecimento da capacidade de produção dos países e de mecanismos correlacionados:

*Aumentar la Protección Social y el Acceso a los Servicios de Salud de Calidad – (48).El acceso a medicamentos y tecnologías de salud es un requerimiento para tener intervenciones de salud efectivas. Para promover el acceso a los medicamentos los países debieren considerar: a) usar al máximo las provisiones em los acuerdos de comercio, incluyendo sus flexibilidades; b) fortalecer el sistema de provisión; c) fortalecer los mecanismos de compras subregionales y regionales; d) promover el uso racional de los medicamentos; y e) reducir las barreras tarifarias a los medicamentos y tecnologías de salud.*⁸⁸ (p.15).

Em que pese a importância histórica da OPAS para a região, o novo cenário internacional trás desafios diversos para a saúde pública que requerem um processo de reforma e governança na estrutura da OPAS capaz de acompanhar a atual multiplicidade de atores na cooperação técnica em saúde nos níveis global, regional e nacional.

A despeito do desafio da governança global, ressalta-se que a OPAS, dado o embasamento histórico em prol da região, exerce papel de fundamental importância na promoção do desenvolvimento da cooperação Sul-Sul,

inclusive via mecanismos de integração como MERCOSUL, UNASUL e os países de língua portuguesa (CPLP).

2.2. Unasul

Composta pelos doze países da América do Sul [⁸⁹], a União de Nações Sul-Americanas - UNASUL teve o seu Tratado Constitutivo [⁹⁰] assinado em Brasília no dia 23.05.2008. O compromisso com o desenvolvimento e a sustentabilidade foi reafirmado pela Unasul em sua reunião extraordinária de chefes e chefes de Estado, em 28 de julho de 2011.

A integração latino-americana é condição necessária para o desenvolvimento sustentável e o bem-estar dos povos. Representa o adensamento da integração regional e o comprometimento político de todos os países sul-americanos, a fim de avançar, segundo o Tratado Constitutivo da Unasul, rumo ao desenvolvimento sustentável e o bem-estar dos povos, assim como para contribuir para resolver os problemas que ainda afetam a região, como a pobreza, a exclusão e a desigualdade social persistentes.

Sua estrutura institucional é disposta em dois níveis diferenciados: centrais e setoriais. Os órgãos centrais, isto é: o Conselho de Chefes de Estado e de Governo, o Conselho de Ministros das Relações Exteriores, o Conselho de Delegados e a Secretaria-Geral são os responsáveis pela orientação política geral e pela supervisão do processo de integração. Os setoriais comportam, atualmente, oito Conselhos Ministeriais: (a) saúde; (b) defesa; (c) desenvolvimento social; (d) energia; (e) sobre o problema mundial das drogas; (f) infraestrutura e planejamento; (g) educação, cultura, ciência, tecnologia e inovação; (h) economia e finanças.

⁸⁹ Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Chile, Equador, Guiana, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela.

⁹⁰ <http://www.itamaraty.gov.br/temas/america-do-sul-e-integracao-regional/unasul/tratado-constitutivo-da-unasul/?searchterm=unasul>

Em conformidade ao objetivo estratégico da política externa brasileira quanto à integração sul-americana, ultrapassa a simples concertação política presente em outros fóruns regionais. A integração visa, portanto, ao desenvolvimento socioeconômico da América do Sul e à preservação da paz na região; ao desenvolvimento do mercado interno sul-americano e ao aumento da competitividade dos países no mercado internacional; e ao fortalecimento da capacidade de atuação do Brasil em outros fóruns internacionais.

A integração, sob essa perspectiva, é um passo decisivo rumo ao fortalecimento do multilateralismo e à vigência do direito nas relações internacionais para alcançar um mundo multipolar equilibrado e justo no qual prevaleça a igualdade soberana dos Estados e uma cultura de paz.

Nesse sentido, diferentemente do Mercosul que tem uma natureza predominantemente econômica, a Unasul apresenta uma natureza mais política.

Portanto, a Unasul objetiva a construção, de forma consensual e participativa, de um espaço de integração articulada nos âmbitos político, econômico, social e cultural entre seus povos. Ainda segundo o Tratado, prioriza o diálogo político, as políticas sociais, a educação, a energia, a infraestrutura, o financiamento e o meio ambiente, entre outros, com vistas a eliminar a desigualdade socioeconômica, alcançar a inclusão social e a participação cidadã, fortalecer a democracia e reduzir as assimetrias no marco do fortalecimento da soberania e independência dos Estados.

Cabe destacar, dentre outros, os objetivos específicos da Unasul que possuem interface com o tema da saúde, conforme o artigo 3º do Tratado Constitutivo:

- a) o fortalecimento do diálogo político entre os Estados Membros que assegure um espaço de concertação para reforçar a integração sul-americana e a participação da UNASUL no cenário internacional;
- b) o desenvolvimento social e humano com equidade e inclusão para erradicar a pobreza e superar as desigualdades na região;

- c) a integração industrial e produtiva, com especial atenção às pequenas e médias empresas, cooperativas, redes e outras formas de organização produtiva;
- d) a definição e implementação de políticas e projetos comuns ou complementares de pesquisa, inovação, transferência e produção tecnológica, com vistas a incrementar a capacidade, a sustentabilidade e o desenvolvimento científico e tecnológico próprios;
- e) a cooperação econômica e comercial para avançar e consolidar um processo inovador, dinâmico, transparente, equitativo e equilibrado que contemple um acesso efetivo, promovendo o crescimento e o desenvolvimento econômico que supere as assimetrias mediante a complementação das economias dos países da América do Sul, assim como a promoção do bem-estar de todos os setores da população e a redução da pobreza;
- f) a proteção da biodiversidade, dos recursos hídricos e dos ecossistemas, assim como a cooperação na prevenção das catástrofes e na luta contra as causas e os efeitos da mudança climática;
- g) o desenvolvimento de mecanismos concretos e efetivos para a superação das assimetrias, alcançando assim uma integração equitativa;
- h) o intercâmbio de informação e de experiências em matéria de defesa;
- i) a cooperação setorial como um mecanismo de aprofundamento da integração sul-americana, mediante o intercâmbio de informação, experiências e capacitação;
- j) o desenvolvimento de uma infraestrutura para a interconexão da região e de nossos povos de acordo com critérios de desenvolvimento social e econômico sustentáveis;
- k) a cooperação em matéria de migração, com enfoque integral e baseado no respeito irrestrito aos direitos humanos e trabalhistas, para a regularização migratória e a harmonização de políticas; e

l) a participação cidadã, por meio de mecanismos de interação e diálogo entre a Unasul e os diversos atores sociais na formulação de políticas de integração Sul-Americana.

A UNASUL, portanto, como organismo internacional, representa um organismo do sistema multilateral com características contemporâneas, isto é, comprometido politicamente e com crescente peso político, inclusive por representar uma área continental, pacífica, sem reservas nucleares, com projetos comuns de integração e com capacidade de superação dos efeitos nocivos das graves crises econômicas internacionais.

De forma mais ativa, as áreas da saúde e da defesa receberam maior protagonismo junto à Unasul. E, nesse sentido, conforme afirma Temporão em palestra proferida em Brasília [⁹¹], a Unasul se estabelece, inicialmente, sob duas prioridades principais: a defesa e a saúde. A Argentina protagonizou a institucionalização dos esforços na área da defesa. E, no tocante à saúde, o país com maior expressão nessa área tem sido o Brasil, cujo esforço e determinação é observado no Plano Quinquenal de Saúde 2010-2025, além da criação e instalação definitiva do Instituto Sul Americano de Governo em Saúde (ISAGS).

Foi em dezembro de 2008, durante a Cúpula da Costa do Sauípe, que os chefes de Estado e de Governo da Unasul, com base nos artigos 3º, 5º e 6º do Tratado Constitutivo da UNASUL, firmaram o Conselho de Saúde Sul-Americano ou, simplesmente, Unasul Saúde como órgão de consulta e consenso em matéria de saúde.

Integrado pelos 12 ministros da Saúde dos países-membros, tem, entre outros objetivos, a promoção de políticas comuns, atividades coordenadas e cooperação entre os países e a promoção de respostas coordenadas e solidárias perante situações de emergência e catástrofes, bem como a

⁹¹ Temporão J. Cooperação Sul-Sul e complexo econômico-industrial da saúde. In: Ciclo de Debates sobre Bioética, Diplomacia e Saúde Pública, Núcleo de Estudos sobre Bioéticas e Diplomacia em Saúde – NETHIS. Brasília: Universidade de Brasília; 2011. Disponível em: www.bioeticaediplomacia.org. Acesso em: 27.01.2012.

priorização das ações no âmbito das fronteiras [92]. Dentre os propósitos previstos, estão a construção de um espaço de integração nas questões relacionadas à saúde, otimizando os esforços e os resultados de outros mecanismos de integração regional, como, por exemplo, o Mercosul, a OPAS e a OTCA, além da promoção de políticas comuns e de atividades articuladas, consensuadas e coordenadas entre todos os países partícipes da Unasul.

O Conselho de Saúde Sul-Americana (CSS), formado pelos Ministros da Saúde dos países-membros da Unasul, é a instância máxima da saúde na Unasul. Além do Conselho, há o Comitê Coordenador que é responsável pela preparação dos projetos dos Acordos e Resoluções e é formado pelos representantes titulares e adjuntos de cada Estado Membro e um representante do Mercosul, ORAS CONHU, OTCA e OPAS, como observadores [93].

O diferencial nessa composição é que o CSS, apoiado pela Secretaria Técnica que fica a cargo da Presidência *Pro-Tempore* (PPT) da Unasul Saúde – ocupado pelo respectivo Ministro da Saúde do país que ocupa a Presidência *Pro-Tempore* (PPT) da Unasul, também recebe o apoio dos dois países da PPT passada e seguinte, o que promove uma maior garantia de continuidade dos trabalhos.

Também fazem parte da estrutura os Grupos Técnicos, “encarregados de analisar, elaborar, preparar e desenvolver propostas, planos e projetos que contribuam para a integração sul-americana em saúde, de acordo com o alinhamento estabelecido pela Agenda de Saúde Sul-Americana” [94].

Além dos Grupos Técnicos, a Unasul Saúde comporta Redes Estruturantes que objetivam compartilhar o conhecimento no campo da saúde, conforme tabela abaixo:

⁹² Unasul / Conselho de Saúde Sul-Americano/Acordo nº 02/09 – 21/04/2009.

⁹³ Disponível em: www.isags-unasul/org.

⁹⁴ Disponível em: www.isags-unasul/org.

Tabela 3: Redes de Instituições Estruturantes no campo da Saúde da Unasul

Redes Estruturantes	Data da Criação	Local da Criação	Descrição
RINS - Rede dos Institutos Nacionais de Saúde	Março 2010	Peru	Relaciona-se aos Institutos Nacionais de Saúde ou similares dos países membros da Unasul. Visa contribuir para o desenvolvimento de políticas de saúde com soluções científicas e tecnológicas para os problemas sanitários. Busca o desenvolvimento dos Sistemas de Saúde mediante a integração e o fortalecimento dos Institutos Nacionais de Saúde e seus homólogos, com a finalidade de alcançar o melhoramento das condições de vida, a redução das desigualdades sociais em saúde e o bem-estar dos povos sul-americanos.
RETS – Rede de Escolas Técnicas de Saúde [⁹⁵]	1997 2005	Brasil	Articulação entre instituições e organizações envolvidas com a formação e qualificação de pessoal técnico da área da saúde nas Américas e no Caribe, Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) e Portugal. Tem como desafio expandir a Rede para outras regiões, assim como para todos os países que fazem parte da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP).
RINC – Rede de Institutos Nacionais de Câncer	Setembro 2010	Argentina	Estratégia de articulação e cooperação entre instituições públicas, de âmbito nacional, nos países membros da UNASUL e nos demais países da América Latina. É responsável por elaborar e/ou executar políticas e programas para o controle de câncer na região da América do Sul. Seu objetivo é somar esforços regionais para trabalhar em rede em busca de fortalecimento da prevenção e controle integral do câncer na região da Unasul.

⁹⁵ A RETS, entre 1997 e 2001, englobava apenas países latino-americanos. A partir da sua reativação, em 2005, vem buscando expandir a Rede para outras regiões, inserindo os países que fazem parte da Comunidade de Países de Língua Portuguesa.

Continuação Redes Estruturantes	Data da Criação	Local da Criação	Descrição
RESP – Rede de Escolas de Saúde Pública	Abril 2011	Paraguai	É uma rede de escolas de governo em saúde, formada por instituições que atuam na formação de recursos humanos para os sistemas de saúde dos países membros do bloco. Propõe-se a articular diretamente com as políticas nacionais de saúde dos países membros, constituindo um espaço de integração para a produção de novas tecnologias que contribuam para o aperfeiçoamento dos sistemas de saúde da região. Constitui-se em uma plataforma proativa para intercâmbio de informações, co-participação de conhecimento e construção de capacidade. A rede tem como objetivo promover educação, investigação e intercâmbios técnicos, de modo que se crie uma infraestrutura educacional para o desenvolvimento da força de trabalho em saúde pública.
REDSUR-ORISS – Rede de Oficina de Relações Internacionais e de Cooperação Internacional em Saúde	Novembro 2009	Peru	É uma estratégia de articulação que busca promover o fortalecimento institucional dos Ministérios de Saúde da Unasul através do aprimoramento e da intensificação da cooperação inter-regional, regional e internacional. Busca o aperfeiçoamento da coordenação das ações de cooperação técnica inter-regional; a promoção de uma maior articulação entre as Oficinas de Relações Internacionais em Saúde (ORIS) com o intuito de melhorar os processos de cooperação na região; e a promoção da capacitação contínua dos membros da ORIS e dos técnicos do MINSA que atuam no âmbito internacional.

Fonte: Elaboração própria a partir do site www.isags-unasul/org

O estatuto da Unasul define a Agenda Sul-Americana de Saúde, isto é, seu plano de Trabalho que é composto por cinco grandes áreas de trabalho [96]:

⁹⁶ Ver análise de Buss PM. A Unasul saúde. Le Monde Diplomatique Brasil. 2009; 26:30-31.

- 1) Estabelecimento do escudo epidemiológico (problemas de saúde da região, processos endêmicos e epidêmicos)
- 2) Desenvolvimento dos Sistemas de Saúde Universais (com acesso a toda a população)
- 3) Acesso Universal a Medicamentos (e a outros insumos para a saúde e desenvolver o Complexo Produtivo da Saúde na América do Sul)
- 4) Promoção da Saúde e Ação sobre os Determinantes Sociais
- 5) Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos em Saúde

No tocante a essas áreas de trabalho, foi aprovado o Plano de Ação 2010-2015 que detalha as atividades de cada um dos cinco tópicos propostos. A fim de priorizar a questão do Complexo Econômico-Industrial da Saúde - CEIS, optou-se para este estudo dar destaque aos entendimentos relativos à área de trabalho correlacionada ao CEIS no Plano de Trabalho da Unasul Saúde, a ser apresentado nos próximos capítulos.

Ademais, ganha relevância a constituição do Instituto Sul Americano de Governança em Saúde – ISAGS, que dentre os desafios assumidos, tem como objetivo valorizar o parque e a capacidade produtiva da região.

Formado com o principal objetivo de promover o intercâmbio, a reflexão crítica, a gestão do conhecimento e a geração de inovações no campo da política e governança em saúde, sob a perspectiva da agenda estratégica para o setor, isto é, do Plano Quinquenal de Saúde 2010-2015, o ISAGS foi criado pelo Conselho de Chefes de Estado e de Governo, no Equador, em abril de 2010. Entidade intergovernamental de caráter público, integrante do Conselho de Saúde Sul-Americano da União das Nações Sul-Americanas. Tem como membros os 12 países da América do Sul, aderidos à Unasul e tem como representantes oficiais e formais os Ministérios da Saúde e os Ministérios das Relações Exteriores de cada país partícipe. Formado pelos Conselhos Diretivo e Consultivo e pela Direção Executiva, busca preparar dirigentes e *experts* para os sistemas de saúde regionais.

O ISAGS é uma entidade com maior atuação na gestão do conhecimento e na oferta de cooperação técnica e tem três componentes

centrais: formação de quadros, cooperação técnica e promoção do diálogo, integrando e articulando os Ministros da saúde dos distintos países. Sua atuação dá-se, portanto: (a) na gestão e na produção de conhecimento; (b) no desenvolvimento de líderes em Gestão em Saúde; (c) no assessoramento técnico e (d) no trabalho em rede [⁹⁷].

Nesse sentido, o ISAGS se propõe a colaborar com instituições nacionais, regionais e globais, com redes de gestores e de acadêmicos. Sua agenda é consensuada, isto é, pactuada entre os países membros (seus 12 Ministros da Saúde).

O ISAGS, portanto, é uma instituição que pertence aos Estados membros da Unasul e exercita suas atividades em representação e por delegação dos mesmos. Para Temporão ⁸⁹, a natureza do ISAGS está intrinsecamente relacionada aos conceitos de Estado, Soberania, Governo e Mandato. Suas iniciativas devem ser interpretadas como instrumentos de políticas intergovernamentais que respondam a interesses comuns e pactuados entre os Estados Membros, expressos por seu Conselho Diretivo por meio de um Plano de Trabalho

Sob essa perspectiva, o ISAGS trabalha na construção do Plano Trienal de Trabalho 2012-2015, que resulta das prioridades definidas no Plano Quinquenal 2010-2015 do Conselho de Saúde Sul-Americano. O plano abrange as necessidades identificadas pelos Ministérios da Saúde dos países membros. Suas atividades também são desenvolvidas em estreita articulação com as Redes e Grupos Técnicos da Unasul-Saúde [⁹⁸].

Vale ressaltar que, a despeito do pouquíssimo tempo da constituição do ISAGS, esse Instituto se destaca em função do dinamismo do Conselho de Saúde Sul-Americano da Unasul. A criação do ISAGS, com a aprovação do seu Estatuto em 2011 e a imediata aprovação do orçamento próprio e instalação definitiva da sua sede no RJ, em abril de 2012, bem como a

⁹⁷ Temporão, J. Palestra “Cooperação Sul-Sul e Complexo Econômico-Industrial da Saúde”, ocorrida em setembro de 2011, no NETHIS, em Brasília.

⁹⁸ Disponível no portal <http://isags-unasur.org>.

constituição de um ato protocolar diplomático que dá ao ISAGS *status* diplomático, representam a consolidação da integração política da região para o tema em questão, ressaltando, notadamente, a estreita vinculação da saúde com a política externa e a diplomacia entre os países. Correlação essa que também pode ser observada nos encontros promovidos pelo Instituto ao estimular e ter em participação expertises da saúde e da política externa.

Segundo Buss ⁹⁰, a qualidade de condução e liderança, coordenação e gestão, formulação de políticas de saúde e intersetoriais, capacitação avançada, produção de conhecimento e outros aspectos relacionados às funções essenciais da saúde pública são pilares fundamentais para sedimentar o apoio necessário ao fortalecimento das capacidades intrínsecas e exógenas relacionadas aos países membros da Unasul. O ISAGS se apresenta como instituto legítimo entre os países da região com a finalidade de promover a construção desses pilares.

Finalmente, de forma semelhante ao adotado em relação ao Mercosul, a descrição das principais iniciativas referentes à área da saúde, sob a perspectiva do CEIS, junto à Unasul, será aprofundada no decorrer do capítulo V.

2.3. África

A política externa do Brasil, mais notadamente a partir do século XXI, vem reconhecendo a relação com a África como prioridade estratégica. A intensificação dessa relação está inserida na prioridade mais ampliada que foi conferida pelo Governo brasileiro nas suas relações de cooperação Sul-Sul.

Segundo aponta Celso Amorim no prefácio do livro de Carneiro ⁹¹ (p.9), com o objetivo de contribuir para a promoção do desenvolvimento de países mais pobres, os mecanismos de cooperação Sul-Sul são instrumentos com os quais o Brasil vem atuando de forma cada vez mais significativa, o que para Amorim “transcende o campo diplomático” e busca alcançar uma perspectiva humanística da política internacional.

Em uma dimensão mais ampliada, dado o comprometimento do governo brasileiro com a integração sul-americana, o Brasil acolheu o interesse manifestado pelo então presidente da Nigéria que, recebendo a visita do presidente Lula ao seu país em abril de 2005, sugeriu o estabelecimento de um mecanismo de aproximação dos países africanos com o Brasil.

Daí surge a iniciativa que, efetivamente, buscou envolver os países dos dois continentes. Segundo dados do Itamaraty ⁸³, em novembro de 2006 ocorreu a I Cúpula América do Sul – África (ASA) em Abuja, Nigéria, resultando na Declaração de Abuja, no Plano de Ação de Abuja e na Resolução que criou o Fórum de Cooperação América do Sul-África. Desses movimentos resultou a previsão de encontros de Chefes de Estado e Governo a cada dois anos, encontros de chanceleres entre cada Cúpula e outros encontros, inclusive ministeriais setoriais.

É, portanto, um Fórum intergovernamental, não possuindo capacidade operativa uma vez que tem como objetivo incrementar articulações e a execução dos projetos relacionados, sendo estabelecido com o propósito de promover melhor entendimento, diálogo e cooperação entre os países-membros. A ASA reflete a constituição da gradual ascensão dos países em desenvolvimento no cenário político e econômico internacional, que, por meio de fóruns inter-regionais ou multilaterais contribuem para que haja uma reforma da estrutura do poder mundial e para o estabelecimento de uma ordem menos centralizada, mais multipolar e mais democrática [⁹⁹]. Tendo como objetivos a promoção da aproximação, do diálogo político, do entendimento e a cooperação entre os Estados-Membros, além da exploração das potencialidades de cooperação multidisciplinar, dentre os quais emerge a questão saúde.

Segundo o Itamaraty, o Brasil foi anfitrião de quatro reuniões do Comitê Consultivo de Embaixadores da ASA, sendo que a última ocorreu em setembro de 2010, refletindo o dinamismo do País nas ações de convergência entre os dois continentes.

⁹⁹ Disponível em: www.mre.gov.br

Ademais, no campo bilateral, o Brasil prioriza as relações com os países do continente africano tanto pela busca de cooperação econômica e pela coordenação em questões de agenda internacional, assim como pelo propósito marcado pelo histórico da aproximação com o continente e também por questões de inspiração humanitária. A aproximação com a África não se esgota no plano bilateral, compreendendo também a esfera multilateral africana [¹⁰⁰].

O fortalecimento da presença diplomática brasileira no continente africano é reflexo do interesse e da priorização do governo brasileiro junto a esse continente. O que pode ser atestado na reportagem da BBC Brasil [¹⁰¹], ao relatar a forte presença da diplomacia brasileira representada pela quantidade de embaixadas no continente. Em relação às 54 nações africanas, o País tem atualmente embaixadas em 37 delas, “das quais 19 foram inauguradas desde o início do governo Lula”. É o quinto País com maior presença diplomática na África, só perdendo para Estados Unidos que comporta com 49 missões, China com 48, França com 46 e Rússia com 38. Se considerarmos os países do eixo Sul-Sul, o Brasil ganha maior dinamismo ao se destacar nessa relação.

Por outro lado, conforme atesta a reportagem, o movimento inverso é também significativo. Desde 2003, somando-se às 16 missões que já existiam no Brasil, foram inauguradas mais 17 missões dos países africanos.

A construção de parcerias com os países africanos vem sendo conduzida pela diplomacia brasileira de forma sólida e estruturante, em que as

¹⁰⁰ Em estreita relação com a União Africana (UA). A UA facilita a implementação das atividades de cooperação entre Brasil e países partícipes, atuando como mediadora e promotora do Brasil como parceiro preferencial. A UA instituída em julho de 2001, é composta por todos os Estados africanos, à exceção do Marrocos, totalizando 53 membros. Tem como propósitos: acelerar o processo de integração regional; promover e consolidar a unidade do continente; fomentar a união, a solidariedade e a coesão; eliminar o flagelo dos conflitos; e habilitar a África a fazer face aos desenvolvimentos políticos, econômicos e sociais da ordem internacional. Disponível em www.mre.gov.br. Acesso em: 30 de maio de 2012.

¹⁰¹ BBC Brasil. Disponível em http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2011/10/111017_diplomacia_africa_br_jf.shtml?s

relações são construídas de forma participativa em uma perspectiva horizontal, entre iguais.

Ainda de acordo com a reportagem, a despeito dos bons resultados comerciais brasileiros alcançados nos últimos anos e o fato de a África abrigar um sexto da população mundial, estar sob os holofotes da China - que detém grande interesse na região - e com previsão de crescimento nas próximas décadas, existem críticas recebidas pelo governo brasileiro em apostar a sua política externa às relações com países subdesenvolvidos. Entretanto, é uma aposta que merece ser cuidadosamente cultivada dado o compartilhamento dos laços históricos, étnicos e culturais, a política adotada pelo Brasil de alcance global na busca pela solução à fome e pela diminuição das desigualdades socioeconômicas, a semelhança dos propósitos e do compartilhamento dos problemas brasileiros e, principalmente, dada a política externa do Brasil que busca alcançar uma dimensão humana da política internacional.

Também focada nessa perspectiva, a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa - CPLP, que engloba os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (Angola, Cabo Verde, Guiné Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe) - PALOP, além do Brasil, Portugal e Timor-Leste, foi criada em 1996, constituindo-se em foro privilegiado, ligados pela língua comum, em que, em todas as instâncias deliberativas, privilegiam-se as decisões tomadas em consenso.

Segundo o portal do Itamaraty, a CPLP tem três objetivos gerais: (1) a concertação político-diplomática, isto é, a promoção da concertação de posições em relação a temas da agenda internacional, o apoio mútuo a candidaturas a cargos em organismos internacionais e ao fortalecimento institucional dos países membros (PALOP e Timor Leste); (2) a cooperação em todos os domínios, em particular aqueles que sejam estratégicos para o desenvolvimento econômico e social dos PALOP e Timor Leste, em bases sustentáveis; e (3) a promoção e difusão da Língua Portuguesa.

Ainda segundo o Itamaraty, na área da cooperação busca-se a promoção de projetos que visem ao fortalecimento dos países membros,

capacitando os PALOP e o Timor Leste em áreas estratégicas para seu desenvolvimento socioeconômico, como, por exemplo, a área da saúde. O Brasil, com base na identificação histórico-cultural, somado ao fato de possuir “*expertise*” e compartilhar conhecimentos em setores estratégicos para o desenvolvimento econômico e social, vem exercendo papel fundamental na consolidação de benefícios fundamentais para o fortalecimento da capacidade institucional dos países africanos.

Nesse sentido, a cooperação na área da saúde se insere na estratégia do relacionamento do Brasil com o continente africano em termos gerais, promovida como política de Estado, principalmente, a partir do Governo Lula. Nessa perspectiva, o principal diferencial tem sido o alto grau de prioridade que os mais diversos órgãos do Estado brasileiro têm dado à cooperação com a África. A Fundação Oswaldo Cruz [¹⁰²] vem se destacando na difusão de conhecimento, no fortalecimento das atividades de cooperação técnica na área da saúde e da ciência e tecnologia em saúde, na implantação de projetos estratégicos para a área da saúde e na respectiva capacitação profissional dos países africanos, fundamentada, principalmente, pelo Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP – PECS/CPLP, adotada em 2009 [¹⁰³].

Essa relação brasileira com o continente africano, tanto sob o enfoque bilateral quanto em bases comunitárias e multilaterais, consolidam o paradigma da cooperação Sul-Sul.

Conforme destaca o portal do Itamaraty, “as “vantagens comparativas” do Brasil como prestador de cooperação técnica aos PALOP têm levado doadores tradicionais, bilaterais e multilaterais, a manifestarem interesse em projetos de triangulação com o Brasil nesses países.

¹⁰² Instituição vinculada ao Ministério da Saúde, reconhecida nacional e internacionalmente e considerada como instituição pública estratégica de Estado para a saúde.

¹⁰³ Quanto ao aprofundamento e avaliação das ações em saúde no que se refere ao continente africano será considerada a mesma metodologia adotada por este estudo às questões do Mercosul e da Unasul: serão apresentadas nos capítulos subsequentes.

2.4. Cooperação Triangular

Exemplos de cooperação triangular do Brasil com outros países em desenvolvimento vêm ganhando espaço na agenda contemporânea, inclusive tendo sido um dos projetos premiados pelas Nações Unidas como melhor projeto de CSS em 2006: “Coleta de Resíduos Sólidos”, financiado pelo Fórum de Diálogo Índia, Brasil e África do Sul (IBAS) e beneficiando o Haiti. Pode ser citada também a reconstrução de posto de saúde em Cabo Verde [104] 92. Essa relação acrescenta a representação de oportunidades de promoção de aprendizado pelas experiências do desenvolvimento e também maximiza recursos, capacidades e conhecimento.

Ademais, destaca-se a atuação brasileira junto às iniciativas com organizações internacionais e países desenvolvidos que financiam ou oferecem conhecimento específico para serem transferidos para países menos desenvolvidos. Inseridos na cooperação triangular, podemos citar como exemplo a relação do Brasil com o Haiti e o Canadá nas ações de imunização.

Para Herlt [105], compõem a cooperação triangular projetos estruturantes cujo objetivo é apoiar e fortalecer processos e mudanças nacionais. Trata-se de uma cooperação entre governos, focada nas estratégias políticas nacionais, cuja participação da sociedade civil é presente. Segundo a apresentadora, o grande diferencial é relacionado aos princípios que a regem. Isto é, a horizontalidade, a apropriação pelo país beneficiário, a sustentabilidade e a intersectorialidade. É como se posiciona o Ministério das Relações Exteriores do Brasil, conforme portal do Itamaraty, diferenciando o País na modalidade da cooperação técnica internacional:

“a cooperação trilateral não representa modalidade que visa o financiamento ou a terceirização da capacidade brasileira, senão, o compartilhamento de recursos técnicos, humanos e financeiros de forma complementar entre os parceiros, para a realização de

¹⁰⁴ Fonte: www.itamaraty.gov.br

¹⁰⁵ Herlt C. Apresentação “Cooperação triangular: o papel das parcerias na cooperação Sul-Sul”. In: Fórum Sul-Americano de Cooperação Internacional em Saúde, no Rio de Janeiro, em 24.11.2011.

projetos com maior efeito positivo e sustentabilidade nos países beneficiários”.

Quanto à divisão de responsabilidades entre os países, normalmente cabem àqueles mais desenvolvidos participar com o conhecimento, fomentos, tecnologias, dentre outras atividades que requerem uma maior especialização. Aos menos favorecidos, a responsabilidade é com a estrutura e a disponibilidade interna.

Segundo o observador permanente da *Partners in Population and Development* (PPD) junto à ONU, Sethuramiah Rao [¹⁰⁶], a cooperação Sul-Sul e a cooperação triangular para o desenvolvimento representam, atualmente, cerca de 10% da cooperação total ao desenvolvimento, em que o Brasil, juntamente com China, Índia e África do Sul é um dos principais países que respondem pela contribuição a essas cooperações.

Isso posto, tem-se na cooperação triangular a capacidade de intercambiar experiências, reunindo vantagens comparativas dos parceiros, e pactuar etapas dos projetos de forma consensuada entre os parceiros envolvidos (característica da horizontalidade). Projetos esses baseados na demanda dos países receptores e com a liderança do país beneficiário, estimulando o desenvolvimento das capacidades locais e fortalecendo seus processos nacionais com a integração dos diversos setores, incluindo a sociedade civil, estimulando, inclusive, a integração regional (ao que atendem aos princípios da apropriação pelo país beneficiário, da sustentabilidade e da intersectorialidade).

O grande desafio, segundo aponta o Itamaraty [¹⁰⁷], é o de articular as ações de cooperação Sul-Sul com as da cooperação Norte-Sul dos países doadores, a partir de mecanismos que sejam operacionalmente eficientes e que valorizem as contribuições de cada parceiro.

¹⁰⁶ Disponível em <http://envolverde.com.br/noticias/cooperacao-sul-sul-acompanha-aumento-demografico/>. Acesso em 10.05.2012.

¹⁰⁷ Conforme disponível em www.itamaraty.gov.br

Em que pese maior evidência na carteira de projetos, a partir dos relatórios disponíveis no portal do Itamaraty, de temas relacionados à alimentação / fome, desenvolvimento agrícola, meio ambiente, trabalho infantil, previdência social, segurança, infraestrutura e educação, a saúde não apresenta destaque.

Entretanto, no que se refere à cooperação triangular envolvendo o Brasil na área da saúde, o maior enfoque está nas questões relacionadas à AIDS. Como exemplo, apresentado por Herlt ⁹³, tem-se a cooperação firmada entre o Brasil, a Alemanha e países parceiros no tocante ao fortalecimento do sistema de saúde como um todo e à integração horizontal da resposta ao HIV-AIDS. Em que pesem contribuições específicas de cada um dos países, o Brasil, nessa cooperação específica tem atuação na expertise técnica e experiência na área do SUS, em questões de descentralização, de participação, de saúde familiar, de redes de saúde etc. Países do Norte, como no caso da Alemanha, tem o conhecimento em gestão e monitoramento de projetos. Os demais países parceiros, nesse projeto em particular: países da América Latina, do Caribe e da África, isto é, países da relação Sul-Sul, entram com o conhecimento local, a infraestrutura e a logística.

Outro exemplo de cooperação triangular firmado com o Brasil na área da saúde foi a cooperação cujo objeto, vacina contra Febre Amarela, foi firmada com a JICA [¹⁰⁸] do Japão, com a África e o Brasil.

Podemos destacar também possibilidades de cooperação com organizações internacionais e a expansão da cooperação trilateral com os países desenvolvidos, visando beneficiar as nações mais pobres. Exemplo que pode ser citado foi o apoio dado pelo Brasil - em parceria com o Canadá - ao programa haitiano de vacinação contra a hepatite-B [¹⁰⁹].

Finalmente, em termos políticos, os esforços relacionados aos investimentos direcionados para a efetividade da agenda Cooperação Sul-Sul

¹⁰⁸ *Japan International Cooperation Agency*. Maiores detalhes sobre a JICA disponíveis em www.jica.go.jp

¹⁰⁹ Discurso do Ministro Celso Amorim na 60ª Assembléia Mundial de Saúde, em Genebra, em maio de 2007 (fonte: www.mre.gov.br).

não encontram ressonância junto aos principais atores internacionais, mas têm grande impacto junto à comunidade em desenvolvimento ⁷⁰.

Há, evidentemente, conflitos quantos aos interesses e expectativas entre os distintos países. Diferentes comentários da Alemanha, Japão, Brasil, Índia abordam o discurso político em debate ocorrido em 2010 acerca da Cooperação Sul-Sul ⁷⁰:

“Rather than focusing on the AAA, let’s learn from the perspectives of new actors and their innovations” (Alemanha). “Conflict between developed and developing countries on the framework that governs SSC. How do we move forward?” (Japão). “It is a mistake to superimpose the paradigms that were established to reduce the serious shortcomings of N-S Cooperation on SSC. ...The UN is failing to lead on SSC because it reflects the priorities of Northern donors” (Índia), “SSC is based on principles and on the similarity of conditions among developing countries. SSC should be understood in its own terms and not as a sub-category of international cooperation” (Brasil).

O que nos leva a refletir sobre necessárias condições para a efetividade das cooperações, seja no tocante à legitimidade da governança da ONU, seja na também legitimidade dos interesses dos países do Sul e na redefinição de prioridades focadas nas necessidades dos países envolvidos e recebedores da cooperação e não em prioridades refletidas pelos doadores do Norte, por exemplo.

3. Reflexões sobre o Papel do Brasil na Cooperação Sul-Sul

Concluindo, diante do exposto anteriormente, o Brasil vem se consolidando como um dos mais importantes protagonistas nas iniciativas da CSS, principalmente a partir da primeira década do século XXI, replicando, inclusive, técnicas e soluções que tiveram impacto positivo sobre o desenvolvimento nacional e podem ser compartilhados com países que apresentam desafios semelhantes. Ademais, a cooperação promove, além do

desenvolvimento institucional, a capacidade de gestão e o estímulo ao engajamento ao objeto do projeto.

Nesse sentido, a cooperação Sul-Sul se apresenta como novo paradigma de cooperação para o desenvolvimento em que o conhecimento sustenta o desenvolvimento. Dessa forma, o Brasil vem adotando cada vez mais a premissa de que se faz cooperação internacional Sul-Sul com o reconhecimento da capacidade e potencialidade dos parceiros. Cooperação essa que parte do princípio que se faz entre iguais. Abordagem essa que deixa para trás o “olhar” assistencialista da cooperação em favor do domínio do objeto cooperado, seja serviço, bem ou conhecimento.

Esse novo sentido, definido como cooperação estruturante ⁹⁴, apresenta a perspectiva do estabelecimento de cooperações fundamentadas em uma nova arquitetura pautada na relação “ganha-ganha”. Ganham-se conhecimentos, participação efetiva, trocas de experiências, promovem-se pilares para uma estruturação mais sólida e contínua dos países favorecidos e partícipes dos consensos praticados. Podemos citar as cooperações bilaterais e multilaterais, com questões específicas, como é o caso da saúde, como por exemplo: a criação de uma Rede dos Institutos Nacionais de Saúde da CPLP [¹¹⁰].

Isso posto, a Cooperação Sul-Sul continuará se definindo por meio do diálogo político e das práticas estabelecidas entre as partes, além de ser elaborada como um espaço agregador, aberto para oportunidades. O compartilhamento do conhecimento é uma ferramenta estratégica para promover crescimento e desenvolvimento, complementar à cooperação técnica e financeira. Aponta, entretanto, a necessidade de monitoramento e avaliação dos resultados sistematicamente ⁷⁰.

Sua eficácia depende de monitoramentos sistemáticos e avaliação dos resultados para eventuais correções de rumos. A cooperação deve ultrapassar

¹¹⁰ Fruto da reunião dos Institutos Nacionais de Saúde da CPLP, em novembro de 2006, ocorrida em Lisboa e organizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Brasil) em parceria com o Instituto de Higiene e Medicina Tropical (Portugal). Fonte: http://www.cplp.org/Files/Filer/cplp/redes/saude/DelibCPLP_SAUDE.pdf. Acesso em 15.05.2012

o caráter instrumental e eminentemente técnico para se tornar estruturadora, seja na CSS, seja em toda a projeção internacional brasileira.

Os desafios para o País estão na construção de um modelo institucional para a cooperação brasileira que vislumbre agilidade, seja participativa, ofereça transparência e prestação de contas e viabilize interligações e interações com os distintos parceiros envolvidos, seja em âmbito local, regional ou internacional, além da construção de um modelo coordenador com outros países que cooperam juntamente com o Brasil, isto é, por meio da cooperação triangular, envolvendo países desenvolvidos ou não.

A cooperação Sul-Sul deve ser entendida por seus próprios termos e não como uma subcategoria de cooperação internacional. Também não deve ser definida como um estágio para se tornar doador, permitindo-se ao aprendiz a partir das perspectivas de novos atores e das suas inovações, assim como não deve ser imposta a esse tipo de cooperação a responsabilidade de suprir eventuais fracassos e/ou lacunas da cooperação Norte-Sul.

Não há mais como retroceder. Já fazem parte da realidade contemporânea dos países do eixo Sul-Sul processos de integração e cooperações horizontes e estruturantes, principalmente países da América Latina que projetam uma maior participação no tabuleiro geopolítico mundial e dependem dessa concepção integradora e fortalecedora.

Por outro lado, é de vital importância a busca pelo contínuo fortalecimento do desenvolvimento, seja por mecanismos exógenos ou endógenos e, nesse sentido, não basta compartilhar, é necessário obter conhecimentos, estruturar-se, aumentar a sua capacidade de governança, de produção e de inovação. Isto é, a cooperação Sul-Sul não se mantém em longo prazo se não houver nos países líderes do Sul um sustentável grau de desenvolvimento (em P&D) que permita autonomia tecnológica para que, de fato, se efetive e sustente a cooperação Sul-Sul. Enquanto não houver essa liderança, não deve ser descartado o benefício da relação Norte Sul, privilegiando nessa relação os interesses dos países do sul quanto à transferência de conhecimentos e capacitação. Logo, a relação Norte-Sul-Sul é

fundamental para a capacitação dos países do Sul de maneira que seus resultados positivos se sustentem em longo prazo e não se tornem inócuos no meio do caminho.

Ademais, questões como desigualdade socioeconômica, pobreza, fome são desafios que precisam ser ultrapassados. A saúde correlaciona-se a essas questões, tanto como igualmente vítima, assim como potencial área para crescimento, bem-estar e desenvolvimento.

O vínculo entre o desenvolvimento dos sistemas nacionais de saúde e o acesso universal a medicamentos e a outros insumos para a saúde apontam como estratégico o estabelecimento e o fortalecimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde.

Sistemas de saúde são estruturas tecnológicas complexas – dependentes de equipamentos médico-cirúrgicos, medicamentos, vacinas, kits para diagnóstico, órteses e próteses, sangue e hemoderivados, materiais de consumo, insumos diversos e instalações especializadas ^{3,90}. E são caras. Os países do Sul apresentam preocupante déficit na balança comercial referente aos bens e produtos do CEIS.

E, nessa perspectiva, em que se busca aliar questões econômicas às necessidades de saúde – como direito do ser humano -, o Prêmio Nobel de Economia Joseph Stiglitz ⁹⁵ reforça que, em um período de reflexões e decisões decorrentes do encontro mundial dos líderes em saúde dos países signatários da OMS, o sistema de inovação requer reformas amplas na esfera internacional.

A Organização divulgou relatório do *Consultative Expert Working Group-CEWG*: “Pesquisa e desenvolvimento para fazer frente às necessidades do setor de saúde nos países em desenvolvimento” que recomenda soluções com abordagens abrangentes, como por exemplo: “contribuições obrigatórias dos governos para pesquisas sobre as necessidades dessas nações” e um “observatório global que monitoraria onde estão as maiores necessidades”. Ações essas que, segundo Stiglitz ⁹⁵, devem ser pautadas, primordialmente, sob a promoção de maior compartilhamento do conhecimento científico. A

Resolução aprovada na 65ª AMS [¹¹¹] acerca do financiamento global da pesquisa para a geração de novos medicamentos e vacinas tanto de interesse brasileiro quanto de outros países em desenvolvimento está pautada em entendimentos sobre correlações entre saúde pública, inovação tecnológica e políticas de propriedade intelectual [¹¹²].

Os resultados das pesquisas provenientes de recursos aplicados aos objetivos da Estratégia Global e do respectivo plano de ação serão tratados como “bens públicos globais, contribuindo para desvincular o custo da pesquisa do preço do medicamento” ⁶⁷. Apesar das dificuldades concretas e de não abordar mudanças estruturais relacionadas à ordem econômica e política assimétrica, os autores avançam ao propor que a adoção de um instrumento global dessa natureza representará um elo virtuoso entre modelos de incentivos, a saúde pública e a política tecnológica brasileira, angariando para o Brasil recursos estratégicos para o Complexo Industrial da Saúde e novos parceiros para a busca de soluções tecnológicas.

O Complexo Econômico-Industrial da Saúde emerge, portanto, como diferencial no enfrentamento das vulnerabilidades decorrentes da frágil ou até mesmo ausência de uma base concreta produtiva tecnológica endógena nos países em desenvolvimento. Para o Brasil, o CEIS representa a possibilidade de reverter o que Buss e Chamas ⁶⁷ destacam em seu artigo: que o Fórum Global para a Pesquisa em Saúde cunhou em 1998 como “o *gap* 10/90”,

¹¹¹Em conformidade com Buss e Chamas em artigo publicado no Valor Econômico em 31.08.12, “com a aprovação da resolução pela AMS de 2012, que acolheu o relatório do CEWG, foram estabelecidas algumas metas”. Ainda segundo o artigo, as propostas do relatório do CEWG serão discutidas e analisadas por meio de consultas em níveis nacional, regional e global, com vistas a posteriores avaliações na AMS de 2013. O que representa oportunidades para aprimoramento em nível ampliado e correções de rumos e ajustes para uma efetiva aplicabilidade com vistas à eficiência e eficácia das propostas do relatório.

¹¹² Em termos históricos, “em 2008, os Estados-membros da OMS aprovaram a Estratégia Global e um Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual, um acordo político e técnico para orientar a geração, a produção e o acesso de soluções terapêuticas satisfatórias a populações negligenciadas”. Para subsidiar a implementação da Estratégia foi criado o Grupo Consultivo de Especialistas em Pesquisa e Desenvolvimento: Financiamento e Coordenação (CEWG, em inglês) que produziu “um relatório (disponível em www.who.int/phi/news/cewg_2011/en/) com recomendações inovadoras, que incluem a criação de contribuição governamental obrigatória de 0,01% do PIB para todos os países, distribuindo-se, de modo mais equilibrado, as responsabilidades. Estes recursos deverão ser aplicados em P&D em situações nas quais a tecnologia não existe ou não é mais adequada ou o preço do produto não é compatível com a realidade econômica dos países em desenvolvimento” ⁶⁷.

indicando que apenas 10% da pesquisa era dedicada aos problemas de saúde de 90% da população mundial” e que, a despeito dos avanços já conquistados, os problemas persistem, não só se restringindo às doenças negligenciadas.

Portanto, questões como o crescente (e insustentável) *déficit* da balança comercial da saúde ⁵, a corrente crise da indústria farmacêutica (em função do declínio no número de novas moléculas aprovadas e as patentes de *blockbusters* expiráveis em curto prazo e não substituídas) e a preferência por doenças crônicas do que por antibióticos e vacinas (“em que se identifica uma disseminação de bactérias resistentes às prescrições disponíveis”) são falhas de mercado ⁶⁷ que representam vulnerabilidades que podem se tornar resistentes e “fatais” se não combatidas em níveis nacionais e globais.

Nesse sentido, considera-se que o CEIS se apresenta como diferencial na condução da política nacional de saúde de países em desenvolvimento, notadamente no Brasil e, dada a sua representatividade em nível global, é tema que se incorpora às discussões das relações internacionais e da política externa do nosso País e dos demais países, desenvolvidos ou não.

CAPÍTULO IV - CEIS: O PAPEL DO ESTADO NA INOVAÇÃO E NO CAMPO DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE NA AGENDA SUL-SUL

Em termos econômicos, a saúde no Brasil representa 8,8% do PIB ⁹⁶, constitui um mercado anual de mais de R\$ 173 bilhões, ou seja, 6,2% do valor adicionado total da economia em 2009 ⁹⁶, empregando, com trabalhos qualificados, cerca de 10% da população brasileira com vínculos empregatícios formais ^{2,3,4,97} e investe 25% dos gastos em P&D ⁹⁸, sendo a área com os mais expressivos investimentos com pesquisa e desenvolvimento. O setor saúde, junto com o de defesa, de acordo com Gadelha ³, ocupa posição de liderança quanto ao investimento para a geração de conhecimento em P&D, transformando-o em importante catalisador de inovação, configurando-se como grande diferencial na capacidade competitiva nacional ⁹⁷, notadamente em ambiente marcado pela globalização.

1. CEIS: Estado e Inovação; Saúde e Desenvolvimento

A partir do perfil apresentado, inserindo-se a saúde na trajetória nacional de desenvolvimento não somente como direito de cidadania, mas também como uma área estratégica de desenvolvimento nacional, tem-se na convivência desse duplo valor a forte influência provocada pela dinâmica trazida pela globalização com características assimétricas e com forte competitividade embutida em seu contexto.

O desafio está, portanto, em tentar associar as dinâmicas da indústria, da inovação e das instituições do setor saúde, em um contexto de constante transformação industrial e institucional. Ou seja, cabe ao Estado, inserido na lógica intersetorial da saúde, o papel de promotor e dinamizador da articulação

entre as dimensões sanitárias e econômicas onde a demanda pela ação social estatal promove a dinâmica da dimensão econômica.

O Estado, portanto, é ator essencial na promoção da articulação da saúde com o sistema de inovação, exercendo o equilíbrio necessário para a correlação de forças entre os distintos interesses e divergências que desprezam o alcance do mútuo benefício na articulação equilibrada entre as dimensões econômica e sanitária - tanto para o desenvolvimento da capacidade produtiva e inovativa quanto para a garantia do bem estar e da saúde do indivíduo e da sociedade.

No tocante à relação entre a saúde e o desenvolvimento, a interligação entre as duas áreas ganha distintas vertentes de análise que incorporam e posicionam o campo da saúde no campo do desenvolvimento econômico ⁵. Argumentos analíticos que, em maior ou menor intensidade, justificam a saúde como estratégica e vital para o desenvolvimento nacional pela lógica das políticas econômica e social.

Portanto, em um esforço de conjunção dessas dimensões analíticas, os autores relacionam e analisam sete vertentes, partindo da transversalidade da saúde na qualidade de vida e na geração de bem-estar à interação da saúde com a geopolítica internacional.

Primeiramente, destacam a transversalidade da saúde na qualidade de vida, na geração de bem-estar, promoção de equidade e de inclusão social, demandando “ampliação dos esforços e dos investimentos setoriais e a confluência e a articulação entre diversas políticas” ⁵ (p. 3005) fundamental na qualidade de vida e componente de intervenção pública na área social ⁵, remetendo-se, portanto, ao padrão nacional de desenvolvimento econômico e social.

A segunda vertente passa pela defesa da visão da saúde na essência do desenvolvimento e na evolução da taxa de investimento, “como uma das variáveis da função de produção que explica o crescimento econômico, medido pela renda per capita, em longo prazo” ⁵ (p. 3006), inserida, portanto, na

conformação do “ambiente sócio-institucional indutor de crescimento econômico e de investimentos” (p.3005).

A terceira vertente de análise incorporando a saúde na sua relação com o desenvolvimento, cujo escopo do Complexo Econômico-Industrial da Saúde [113], [114] passa pela interação entre os segmentos industriais e de serviços, com “potencial para alavancar áreas-chave da revolução tecnológica em curso [115], sendo estratégico para o desenvolvimento das regiões e dos países ^{2,3} e criando oportunidade de aliar a lógica econômica com a social” ⁵ (p. 3006).

A quarta vertente de análise insere a saúde na conformação dos sistemas de proteção social, onde a descontemporaneidade dos processos de desmercantilização da saúde (saúde como direito, onde a responsabilização social se dá por parte do Estado) e a mercantilização da oferta e a acumulação de capital (saúde como bem econômico, sob a conformação do Complexo Econômico-Industrial da Saúde) produziu no Brasil uma situação que não foi capaz de romper com a natureza dual do sistema de saúde brasileiro ⁹⁹, convivendo de forma complexa e contraditória nos distintos sistemas de saúde [116], dificultando a constituição de um sistema que efetivamente garanta o acesso à saúde como direito social.

Para os autores, há muito que se avançar, dado que os reflexos da liberalização da economia se estabeleceram na conformação dos sistemas de proteção social. Dessa forma, tem o Estado a responsabilização política e socioeconômica e a determinação que o crescimento acelerado de acumulação de capital das indústrias da saúde se efetive num “movimento mais abrangente

¹¹³ O Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) tem em sua terminologia a caracterização a partir de um conjunto selecionado de atividades produtivas que mantêm relações intersetoriais de compra e venda de bens e serviços e (ou) de conhecimentos e tecnologias ⁵.

¹¹⁴ A revolução tecnológica, a globalização e a financeirização da economia mundial propiciaram a formação e a consolidação do Complexo da Saúde ⁹⁹.

¹¹⁵ Definidos como as áreas da microeletrônica, biotecnologia, química fina, novos materiais, nanotecnologia, mecânica de precisão ⁵.

¹¹⁶ No Brasil a diretriz da universalização desse sistema “estabeleceu-se com o mercado privado já consolidado e razoavelmente organizado, pautando as demandas tecnológicas e pressionando custos” ⁵ (p. 3005).

que integra não só a demanda de serviços, insumos e produtos, mas também consolida um determinado modelo de intervenção do Estado na área social”⁵ (p.3006).

Gadelha e demais autores⁵ (p.3005) apresentam como a quinta vertente de análise que insere a saúde na relação com o desenvolvimento o fato de ser a saúde uma “área que, ao mobilizar uma magnitude expressiva da renda e da riqueza dos países, reúne interesses diversos que acentuam a disputa pelo poder na definição das diretrizes políticas da saúde”. Isto é, “os interesses do capital continuam a pautar, preponderantemente, a dinâmica desses setores produtivos” (p. 3006).

A sexta vertente de análise que incorpora a saúde na sua relação com o desenvolvimento é apontada na articulação político-institucional com o envolvimento de diferentes esferas de governo e com a sociedade civil⁵. Isto é, no que diz respeito ao processo de formulação e implementação das políticas, a saúde ainda tem encontrado resistências que precisam ser superadas para a efetivação das suas bases socioprodutivas e institucionais [¹¹⁷]⁵ (p. 3005).

Articulação que não fica restrita ao cenário local. A interligação da saúde com o desenvolvimento ultrapassa as fronteiras nacionais, ganhando maior destaque e influenciando cada vez mais a condução da política externa na geopolítica internacional.

Finalmente, no caso do Brasil, Gadelha, Machado, Lima e Baptista⁵ apresentam em seu artigo o que seria para eles a sétima de sete vertentes da análise na relação da saúde com o desenvolvimento, isto é, a saúde se destacando como área estratégica notadamente na “integração de países de uma mesma região ou continente, como é o caso do Mercosul e da América do Sul” [¹¹⁸]^{100,5} (p.3005).

¹¹⁷ Brandão CA, Costa EJM, Alves MAS. Construir o espaço supralocal de articulação socioprodutiva e das estratégias de desenvolvimento: os novos arranjos institucionais. In: Diniz CC, Crocco M, organizadores. Economia regional e urbana: contribuições teóricas recentes. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2006. p. 195-224.

¹¹⁸ E Draibe SM. Coesão social e integração regional: agenda social do Mercosul e os grandes desafios das políticas sociais integradas. Cad Saúde Pública 2007; 23(Supl.2):174-183.

Entretanto, segundo os autores, ainda há muito que percorrer para que a saúde se efetive totalmente na consolidação da integração regional e/ou continental. Priorizações políticas, institucionais e diplomáticas ainda não encontraram equilíbrio entre os distintos interesses estatais. Ademais, a crise econômica atual somada aos, até então, recursos econômicos existentes em cada uma das nações da América do Sul, trouxe limitações financeiras para os orçamentos dos países, dificultando a priorização desse tema na política externa de cada país.

Portanto, inserido em um contexto de globalização assimétrica com resultados impactantes na potencialização de mudanças estruturais, o complexo de segmentos produtivos, em relação íntima com os segmentos de serviços sociais, tem como determinantes o conhecimento e a inovação para o dinamismo do desenvolvimento econômico com a regência do Estado em estreita articulação com os esforços públicos e privados.

O CEIS se insere em um espaço institucional e econômico particular de difícil equilíbrio dado a complexidade observada entre as abordagens apresentadas e entre os heterogêneos interesses da lógica empresarial e das necessidades da saúde. Traduz-se, portanto, sob duas plataformas – lógica empresarial e proteção social.

No Brasil, o CEIS envolve um conjunto de atividades produtivas e de serviços que pautam uma relação sistêmica entre os setores industriais (subsistema de base química e biotecnológica) - indústrias de fármacos e medicamentos, vacinas, hemoderivados e reagentes para diagnóstico -, e de base mecânica, eletrônica e de materiais – equipamentos mecânicos, equipamentos eletroeletrônicos, próteses e órteses e materiais de consumo, ligados a setores prestadores de serviços, além do conjunto de organizações prestadoras de serviços em saúde - hospitais, ambulatorios e serviços de diagnóstico e tratamento ^{2,3}. É, portanto, um conjunto selecionado de atividades produtivas que mantêm relações intersetoriais de compra e venda de bens e serviços e/ou de conhecimentos e tecnologias, envolvendo a prestação de serviços como o espaço econômico para o qual flui toda a produção em saúde

Formado por indústrias fortemente inovadoras e veículos importantes de novos paradigmas tecnológicos ^{2,3,97}, tem, fundamentalmente como diferencial, o foco da saúde nas condições de cidadania e soberania em um espaço destacado de desenvolvimento econômico, traduzindo a questão da saúde como saúde – *stricto sensu* – e como geradora de renda, empregos e como alavanca de conhecimentos e de tecnologias.

Há de se considerar, entretanto, que a lógica empresarial dita conveniências que representam interesses conflituosos na vinculação da saúde com o desenvolvimento, ocorrendo uma dimensão heterogênea para a política da saúde. Ora referem-se aos interesses dos que usam os serviços de saúde, ora aos dos que os provêem, dos que pagam por eles e/ou daqueles que os regulam [¹¹⁹] ⁵. Dimensão essa que acaba por exercer influência na formação da agenda e nas diretrizes políticas para a área da saúde.

O *déficit* comercial cada vez mais crescente no segmento da saúde [¹²⁰] é um grande desafio que requer múltiplos esforços no sentido de minimizar os riscos consequentes, onde o maior peso dos produtos importados está nos bens de maior densidade de conhecimento e tecnologia, além de recuperar a perda da competitividade internacional das indústrias nacionais, que são extremamente dependentes em setores estratégicos, provocando uma situação de vulnerabilidade quanto à garantia e à consolidação do bem bem-estar da população. Considerando que, para se manter em vigência os preceitos do SUS, há uma total dependência das oscilações cambiais que podem comprometer definitivamente a existência do Sistema Único de Saúde. Há, no sentido de se reverter esse quadro, urgência no estabelecimento de estratégias nacionais na área de produção e desenvolvimento tecnológico de insumos estratégicos para a saúde.

Nesse sentido, em que pesem as divergências existentes, o CEIS representa um “caminho disponível e real” para um virtuoso elo de

¹¹⁹Freeman R, Moran M. A saúde na Europa. In: Negri B, Viana ALA, organizadores. O SUS em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime/Cealag; 2002 p. 45-64 *apud* Gadelha *et al* (2011:3006)

¹²⁰Passando de US\$ 700 milhões/ano no final da década de 80 para mais de US\$ 11 bilhões em 2010 – Fonte: a partir da elaboração dos dados do GIS/ENSP/Fiocruz, 2012, a partir dos dados da Rede Alice do MDIC.

desenvolvimento e atendimento às demandas sócio-sanitárias. Entretanto deve ser considerado que o CEIS é uma estrutura industrial complexa. Competitiva em alguns setores, porém carente de uma maior capacidade tecnológica e de inovação nos segmentos que formam esse complexo. E a sua existência está estreitamente vinculada à inovação tecnológica e ao avanço científico. Nesse sentido, não é possível estabelecer um sistema de saúde avançado e universal num país com a complexidade e a dimensão do Brasil se as indústrias possuem fragilidades estruturais que as tornam pouco competitivas, vulneráveis e dependentes do conhecimento internacional.

A carência por uma maior capacidade de inovação tecnológica, aliada à crítica situação macroeconômica, justifica a importância crescente que a inovação vem adquirindo e consolida essa área como estratégica para o fortalecimento e a capacitação nacional, com vistas à competitividade internacional.

A indução de políticas fomentadoras do mercado nacional, representando investimento social da saúde em desenvolvimento e inovação, ganha um olhar diferenciado para o exponencial aumento relacionado às despesas com bens e insumos industriais, que comprometem o interesse público e suas necessidades em saúde, inviabilizando acesso a medicamentos e tratamentos essenciais e comprometendo demais programas de saúde já que o “cobertor está cada vez mais curto”, isto é, os recursos são escassos e vulneráveis às dependências externas cambiais e inovativas.

Nessa perspectiva, a formulação das políticas científicas e tecnológicas para a área da saúde no Brasil ganhou maior evidência a partir do final da década de 90 e no início do século XXI, evidenciando-se a adoção de novas prioridades e ganhando destaque na agenda de C&T o estímulo à inovação no setor Saúde.

Buscou-se no Brasil reforçar na Ciência e Tecnologia uma maneira de promover o desenvolvimento nacional pela inovação.

Dentre as principais ações implantadas, algumas merecem especial destaque em função do alcance estratégico e dos desafios suplantados [¹²¹]:

- (a) Integração entre as políticas industriais – PDP, PITCE, PACTI;
- (b) Promoção e Intensificação da articulação entre os atores – governamentais (federal, estaduais, municipais) e privados;
- (c) Aprimoramento do marco regulatório;
- (d) Expansão dos instrumentos de apoio e recursos, além da articulação entre os fomentadores – FINEP e BNDES;
- (e) Ampliação da capacidade de recursos para as instituições científicas e tecnológicas e empresas;
- (f) Incentivo à promoção de inovação para o desenvolvimento nacional com aumento dos investimentos globais em C&T;
- (g) Criação do Sistema Brasileiro de Tecnologia e de mais de uma centena de Institutos Nacionais de Ciência e Tecnologia;
- (h) Programas diversos mobilizados com foco nas principais áreas estratégicas para o País, dos quais destacamos o Complexo Econômico-Industrial como programa mobilizador em áreas estratégicas;
- (i) Priorização de critérios que fortaleçam a autonomia tecnológica do País, tais como o poder de compra pública, isto é, no âmbito de uma política que promova internamente atividades de P&D&I, esses critérios, por meio de contratos e concessões com o poder público, estimulam a aquisição de produção e serviços nacionais e
- (j) Fortalecimento dos sistemas produtivos, em especial o Complexo Econômico-Industrial da Saúde.

Dessa forma, ganha cada vez maior evidência o papel do Estado para a reversão desse quadro pessimista, seja na formação da agenda e na formulação de políticas e programas integradas e articuladas entre os diversos ministérios e representações civis, promovendo medidas e ações concretas para implementação do marco regulatório brasileiro referente à estratégia de desenvolvimento do Governo Federal para área da saúde.

Nesse sentido, com o Programa Mais Saúde, o Plano de Ação 2007-2010 do MCT e a Política de Desenvolvimento Produtivo, assim como com o recém-criado GECIS (12/05/2008), além do estímulo à capacidade produtiva e inovativa do setor, baseado, inclusive, no poder de compra [¹²²] do Estado

¹²¹ Fontes: www.mct.gov.br; www.mdic.gov.br

¹²²“O poder de compra do setor público é um instrumento para promoção do desenvolvimento tecnológico das empresas brasileiras, tanto por intermédio da compra direta de produtos e processos inovadores (como permitido pela Lei de Inovação), quanto pelo estabelecimento de contrapartidas de acesso a tecnologias na aquisição pelo governo, no exterior, de significativos lotes de produtos ou

como garantia para o desenvolvimento produtivo, busca-se alcançar mecanismos estratégicos para a consolidação de um sistema de inovação dinâmico, com efeitos diretos no desenvolvimento nacional.

Isso posto, a dimensão tecnológica da saúde vem sendo definida, nos últimos anos, como área estratégica no âmbito da agenda social, constando como uma das prioridades no Mais Saúde - PAC da Saúde ¹⁰¹, assim como consta como prioritárias a política externa e a cooperação internacional. O que marca a importância da relação entre a saúde e as relações internacionais.

Além disso, outras políticas produtivas e de geração de conhecimento, conforme citações anteriores, dão a centralidade da saúde na agenda de desenvolvimento, como o PAC da Inovação ¹⁰² do Ministério da Ciência e Tecnologia, a Política de Desenvolvimento Produtivo ¹⁰³ do Ministério da Indústria e Comércio Exterior, o Plano Brasil Maior [¹²³] ¹⁰⁴, lançado em 2011 que dá continuidade à PDP e à Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior – PITCE ¹⁰⁵, a Política Nacional de Saúde ¹⁰⁶ e a Estratégia Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação – ENCTI ¹⁰⁷ do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação.

Logo, busca-se inovação tecnológica e aproveitamento das oportunidades no mercado brasileiro, onde se faz necessária a transformação de conhecimento em produtos, afinal o crescente *déficit* da balança comercial da saúde representa uma enorme lacuna na área tecnológica em saúde. Diante disso, no atual momento histórico brasileiro pautado pela retomada do papel do Estado na definição de uma trajetória de desenvolvimento socialmente inclusivo, deve-se empreender políticas que apresentem uma abordagem sistêmica da saúde, considerando não somente a sua dimensão social como também a econômica e a tecnológica, inclusive sob a perspectiva do desenvolvimento sustentável.

serviços”. Como exemplo dessa aplicação aponta-se a indústria de produtos farmacêuticos por ser um dos segmentos preferenciais em função das suas peculiaridades, tais como: “considerável porte das compras públicas no mercado nacional para esses produtos; e a importância deles para a saúde pública; além do fato desse setor ter sido incluído entre os prioritários da PITCE” ¹⁰².

¹²³ Aproveitando a experiência das políticas anteriores, o Plano prevê um conjunto de medidas de estímulo ao investimento e à inovação, apoio ao comércio exterior e defesa da indústria e do mercado interno. Mais detalhes: www.mdic.gov.br/brasilmaior

Em relação à questão do desenvolvimento sustentável, este estudo acrescenta às vertentes analisadas anteriormente uma nova abordagem analítica com base na perspectiva da equidade e do direito à saúde na agenda global. O desenvolvimento sustentável ganha terreno na interação entre a saúde e o desenvolvimento.

A inter-relação da saúde com o desenvolvimento também nos remete à preocupação social com o uso indiscriminado do meio ambiente que, ao ser explorado de forma predatória e degradante, acaba ocasionando mudanças ambientais e climáticas levando a danos irreversíveis à vida humana e à sustentabilidade do planeta.

Portanto, é indissociável a correlação do meio ambiente com a interação entre saúde e desenvolvimento. Cunha¹⁰⁸ interpreta o meio ambiente de forma ampla, referindo-o não apenas à natureza propriamente dita, “mas sim a uma realidade complexa, resultante do conjunto de elementos físicos, químicos, biológicos e socioeconômicos” [124]. O meio ambiente interage, portanto, com o desenvolvimento das atividades humanas.

E, nessa perspectiva, segundo destaca o autor, “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”, conforme artigo 3º da Lei 8.080/90 citado por Cunha¹⁰⁸.

Ora, se a saúde se vincula ao acesso aos bens e serviços essenciais e o CEIS assim o propicia por meio da sua capacidade produtiva, também deve considerar o meio ambiente como bem e fator determinante para a garantia da saúde do indivíduo. Sob esse enfoque, uma vez que danos ao meio ambiente interferem diretamente na condição da saúde pública, é mister afirmar a intrínseca condição *sine qua non* da proteção ao meio ambiente na relação virtuosa do desenvolvimento com a saúde.

¹²⁴ Ver Cunha PR. A relação entre meio ambiente e saúde e a importância dos princípios da prevenção e da precaução. Jus Navigandi, Teresina, 2 abr. 2005; 10(633). Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/6484>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

Assim corrobora McMichael e demais autores ¹⁰⁹ (p. 220) ao apontar em sua análise os efeitos adversos provocados pela emissão de gases poluentes no clima e na saúde e a necessária intervenção para minimizar as consequências negativas da mudança climática:

“While there are considerable uncertainties, as the knowledge base on climate change and health impacts have grown, so has interest in developing response options to reduce adverse health effects. That is, in addition to measures aimed at reducing greenhouse gases and slowing climate change, measures can be aimed at reducing adverse effects (or exploiting beneficial effects) associated with climate change. Even with reductions in greenhouse gas emissions Earth’s climate is expected to continue to change so that adaptation strategies are viewed as a necessary complement to mitigation actions.”

Sob essas considerações, a inovação ganha, portanto, uma nova perspectiva focada no desenvolvimento sustentável a partir de encadeamentos intersetoriais e institucionais que alavanquem a proteção ao meio ambiente e que, simultaneamente, integrem a área da saúde ao desenvolvimento econômico e sustentável.

Impactos severos às condições ambientais e, por consequência, à saúde pública, são percebidos na ausência de uma visão estratégica que engendre em seus programas e políticas adequação da sua capacidade produtiva às causas ambientais [¹²⁵].

Além disso, avanços na tecnologia são apontados como estratégicos na busca de soluções para minimizar os danos provocados pelas condições

¹²⁵ A relação entre o meio ambiente e saúde é sustentada sob argumentos e normas legais ¹⁰⁸: Artigo 225, da Constituição Federal do Brasil: *“Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações”*. Artigo 200 da Lei Maior que fixa algumas atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre os quais se menciona a fiscalização de alimentos, bebidas e água para o consumo humano (inciso VI) e a colaboração na proteção do meio ambiente (inciso VIII). Lei Federal nº 6.938/81, Política Nacional do Meio Ambiente, que tem por objetivo a preservação, melhoria e recuperação da qualidade ambiental favorável à vida e, portanto, à saúde, visando assegurar condições ao desenvolvimento socioeconômico e à proteção da dignidade humana (artigo 2º). Lei nº 8.080/90 que, além de consignar o meio ambiente como um dos vários fatores condicionantes para a saúde (artigo 3º) prevê uma série de ações integradas relacionadas à saúde, meio ambiente e saneamento básico.

climáticas adversas, tornando-se, necessariamente, tecnologias portadoras de futuro ¹⁰⁹ (p. 227):

“Advances in technology, such as new drugs or diagnostic equipment, can increase substantially our ability to solve health problems. More generally, the availability and access to technology at the individual, local, and national levels, in key sectors (e.g. agriculture, water resources, health) is an important determinant of adaptive capacity. Many of the adaptive strategies that protect human health involve technology (e.g. warning systems, air conditioning, pollution controls, housing, storm shelters, vector control, vaccination, water treatment and sanitation). While much of this technology is well established (water treatment, sanitation), some is relatively new and still being disseminated (well-equipped mobile laboratories, computer information and reporting systems which can support disease surveillance). In other cases there is a need for new Technologies (new vaccines and pesticides) to enhance the ability to cope with a changing climate. Countries that are open to the use of technologies and can develop and disseminate new technologies have enhanced adaptive capacity.”

Portanto, políticas e programas vinculados ao CEIS, sob a aliança das dimensões sanitárias e econômicas, devem exercer a necessária responsabilização em garantir as condições adequadas ao meio ambiente em prol da saúde pública, além de buscar mecanismos tecnológicos e inovadores que minimizem os danos provocados pelas mudanças climáticas à saúde, local e globalmente.

Buscas essas que, além de preservar a saúde sob os princípios ambientais e sob as expectativas climáticas, poderão diferenciar e promover o modelo do Complexo Econômico-Industrial da Saúde sob as discussões e construções internacionais, tais como o Tratado de Quioto [¹²⁶], Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, a Agenda 21 [¹²⁷], Conferência Mundial sobre os

¹²⁶ Expira em 2012. Apesar de não ter alcançado êxito no atendimento de todas as suas metas de redução das emissões de gases prejudiciais ao meio ambiente, trouxe à agenda global a necessária revisão dos seus valores com o meio ambiente. Há perspectivas de um novo tratado ou uma emenda no Tratado a partir de 2012.

¹²⁷ Fruto da Conferência Rio 92, Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, consagrou o conceito de desenvolvimento sustentável. Busca a associação mundial em prol do desenvolvimento sustentável, estabelecendo a importância de que cada ente governamental reflita (e aja) global e localmente sobre a busca de soluções para os problemas socioambientais.

Determinantes Sociais da Saúde, em 2011 [¹²⁸] e a Rio+20 ocorrida no Rio de Janeiro, em junho de 2012 [¹²⁹].

Ressalta-se, portanto, a importância da saúde na abordagem do desenvolvimento e do meio ambiente.

Finalmente, a capacidade de produção de bens de saúde é determinante para a capacidade soberana de um país em garantir o direito à saúde da sua população e reduzir a vulnerabilidade da política de saúde. Há uma estreita relação entre o desenvolvimento econômico e a sustentabilidade da soberania, afinal quanto mais o país for desenvolvido e tiver mais autonomia, mais plena será a sua soberania.

Ao mesmo tempo em que um país precisa obter espaço para a condução das suas políticas públicas, precisa também ampliar o seu acesso a novos mercados e a novos conhecimentos. Nesse sentido, políticas nacionais que promovam o desenvolvimento propiciam autonomia externa, sustentam as bases soberanas de um país e promovem maior autonomia no âmbito interno.

Reforça-se, portanto, como condição estratégica da saúde o seu Complexo Econômico-Industrial, projetando-se a discussão da saúde no contexto nacional, mas também inserindo o Brasil em posição de maior protagonismo no cenário internacional, em que haja o reconhecimento da saúde como condição *sine qua non* para o desenvolvimento econômico, social e ambiental, vista na sua forma mais solidária: a coletiva.

Em que pesem as ações coletivas na defesa do interesse do bem-estar comum das nações, fundamento da abordagem da Sociedade Internacional, resultando em oportunidades de maior acesso às informações e às inovações necessárias para a redução das condições de maior vulnerabilidade decorrente de riscos sanitários e pandêmicos e/ou da baixa ou nula capacidade produtiva, apontamos como conclusão um grande desafio cujo pertencimento passa pela

¹²⁸ Imbuído no propósito de aproximar a saúde do desenvolvimento sustentável, a Organização Mundial da Saúde realizou a Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde no Rio de Janeiro, em 2011.

¹²⁹ A Rio+20, Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (UNCSD), teve como um dos objetivos avaliar o progresso alcançado pós Rio 92, pactuando entre os Estados Membros novas tratativas para os desafios atuais e emergentes.

Economia Política Internacional que é o fortalecimento da capacidade produtiva nacional e o alcance de uma posição competitiva em um espaço de diversidade, complexidade e conflito, onde intervenções e limitações impostas em fóruns político-econômicos internacionais e supranacionais precisarão ser traduzidas, repensadas e renegociadas para garantir a saúde como condição de bem-estar social, de desenvolvimento da atividade econômica e de garantia à soberania nacional como bases de participação em um mercado altamente globalizado.

Isso posto, o Complexo Econômico-Industrial da Saúde desempenha um papel estratégico na dinamização da economia e nas articulações da política externa. Tendo na atuação do Estado, mesmo em um espaço de *diversidade, complexidade e conflito* onde a globalização comanda os processos econômicos e sociais, caráter estratégico e fundamental.

O que ressalta a cada vez maior importância da Ciência, Tecnologia e da Inovação na agenda das políticas interna e externa de um país. Mais um desafio a ser superado, que é o de consolidar a saúde como um bem público integrado ao exercício da política externa.

Entretanto, a despeito da grande importância social e estratégica para o Estado, o CEIS tem sofrido influências diversas nos seus padrões de desenvolvimento, que não especificamente na diretriz maior que abrange os aspectos relacionados às condições de saúde, mas, mais amplamente, no tocante à situação de desenvolvimento da nação em questão. A velocidade crescente no avanço mundial do conhecimento e o decorrente aumento da competição entre os detentores do mesmo e dos processos de inovação tecnológica são variáveis que influenciam diretamente o fortalecimento e a competição dos setores relacionados ao Complexo Econômico-Industrial da Saúde.

Há de se competir, também, no plano da estrutura industrial, onde os interesses internacionais e de grandes transnacionais movimentam e concentram o capital e a tecnologia, competindo em clusters e repartindo entre os seus pares o mercado mundial da indústria da saúde.

Portanto, a relação entre as políticas nacionais com as relações internacionais encerra desafios diversos enfrentados no mercado nacional que não são ultrapassados sem que se cumpra uma agenda de transformações internas, como pré-condição ou consequência da exposição aos mercados externos. E estas transformações trazem uma evolução tecnológica e uma forte consolidação da gestão estratégica, preparando o País para um papel de destaque no contexto geopolítico internacional.

A condução das prioridades para a tomada de decisões das políticas públicas em saúde tem sido um reflexo das circunstâncias nacionais e internacionais e também do que a saúde precisa. Nesse sentido, o CEIS tem suas diretrizes fortemente influenciadas por uma agenda global, o que traz benefícios, porém relaciona sérios desafios para a implementação de políticas de saúde, dada a assimetria de forças e de governança dos países que definem esta agenda. Reich ⁶, ao ressaltar as ações de múltiplas forças exercidas sobre o Estado moderno – como, por exemplo, a diminuição do seu papel decorrente da expansão da descentralização ou da crescente influência de organizações não-governamentais, assim como pelos acordos promovidos por agências internacionais e pelo poder de empresas multinacionais - aponta que as mesmas trazem sérias implicações para a saúde pública.

Portanto, a fim de se fortalecer o CEIS no País, algumas soluções são apontadas, devendo ser alcançadas: (1) transformar o conhecimento produzido em inovações tecnológicas que melhorem o desempenho do setor produtivo no campo da saúde; (2) promover políticas e ações complementares e integradas para o desenvolvimento de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde em interface com as políticas interna e externa, de maneira que o governo trace políticas públicas estáveis e duradouras para fortalecer o CEIS; (3) destacar a saúde e seu complexo como estratégicos, de fundamental importância e de caráter tácito e crítico, notadamente para a relação entre países fronteiriços e a relação Sul-Sul, tornando-se cada vez mais essenciais nas políticas voltadas para a integração de países de uma mesma região ou continente, como o Mercosul e a América do Sul, ou para a inserção mais ativa nas relações internacionais com países dependentes de ações mais efetivas em saúde pública, como é o caso dos países africanos; (4) ultrapassar o desafio de se

promover de forma articulada políticas públicas que, simultaneamente, fortaleçam a saúde, o desenvolvimento econômico e o desenvolvimento sustentável.

Dito isto, o grande desafio do CEIS refere-se à constituição de um modelo que permita a reestruturação da base produtiva nacional na direção do dinamismo econômico e na superação do atraso em áreas críticas para a atenuação da desigualdade e da exclusão social nacional. Precisa direcionar-se à superação da forte dependência tecnológica da nação, cuja vulnerabilidade piora em ambiente de globalização, ficando mais suscetível à oscilação cambial e às questões que ultrapassam as fronteiras sanitárias, como o caso das pandemias e doenças. Não se pode considerar irrelevante o fato de que os detentores do conhecimento manter-se-ão condutores externos que influenciam as decisões dos formuladores das políticas nacionais, em uma condução maquiavélica onde quem detém o conhecimento detém o poder.

Somente com os pilares do desenvolvimento construídos sob uma forte e consolidada capacidade produtiva, tecnológica e inovativa, aliada à lógica sócio-sanitária é que se cria capacidade de ultrapassar os limites impostos pelas condições resultantes da globalização e da forte concorrência internacional. Logo, o que determina a expansão econômica do CEIS e dá sustentação ao modelo é a “estratégia política e a concepção de Estado e do próprio desenvolvimento”, consolidando também um modelo de intervenção estatal na área social ⁵ (p. 3006). Para os autores, esse movimento tem como grande desafio superar os óbices apontados e os limites herdados pela liberalização econômica e pelos efeitos da globalização assimétrica, e lidar com a imprevisibilidade da economia internacional atual em crise desde o início do Século XXI.

Superação que deve dar a devida relevância a questões centrais como a vulnerabilidade externa e as assimetrias tecnológicas e de poder, elementos que estão em jogo na luta competitiva dos Estados nacionais. Em que haja o reconhecimento da relação direta entre desenvolvimento e autonomia e capacidade soberana, justificando, inclusive, uma inter-relação entre forças endógenas e exógenas do desenvolvimento, onde políticas nacionais de

desenvolvimento promovam autonomia externa, sustentem bases soberanas e permitam maior autonomia interna. Que se sustentem bases estruturais para a conformação dos estados de Bem-Estar, inclusive sob o escopo da interação dos segmentos produtivos e de serviços no âmbito dos esforços públicos e privados nacionais em prol de incrementar o desenvolvimento produtivo e inovativo.

A questão do CEIS é, portanto, fio condutor explícito e implícito na abordagem da economia política internacional na medida em que sintetiza as categorias centrais que se mesclam à discussão contemporânea das relações internacionais e da política externa: globalização e localização; relações público-privadas; vulnerabilidades externas e internas; assimetrias tecnológicas, econômicas e de poder; soberania e estado de Bem-estar.

2. Cooperação Internacional e as Relações Internacionais: um olhar sobre o CEIS na relação Sul-Sul

A Resolução sobre “Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual”, no âmbito da Estratégia Global e Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual, aprovada na 61ª AMS [¹³⁰] dá início ao processo de implantação de estratégias globais cujos objetivos pautam-se pela ampliação do acesso a medicamentos. E, para tanto, foi formado um grupo de Trabalho Intergovernamental em Saúde Pública, Inovação e Propriedade - *Intellectual ou Intergovernmental Working Group on Public Health, Innovation and Intellectual Property - IGWG*, cuja perspectiva busca o equilíbrio entre as regras de proteção à propriedade intelectual e o direito à saúde e ao bem-estar. Sob a perspectiva dessa resolução, o Brasil vem atuando intensamente, apresentando-se como *player* importante na construção desse documento e na composição do *Consultative Expert Working Group on Research and*

¹³⁰ Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/events/2009/wha62/en/index.html>. Acessado em 20 de maio de 2012.

Development: Financing and Coordination (CEWG) [¹³¹], cuja centralidade a ser combatida é a insuficiência preocupante de recursos dedicados mundialmente à pesquisa e desenvolvimento - P&D para tratamentos de doenças que afetam principalmente os países em desenvolvimento. Objetiva, portanto, buscar estratégias que aperfeiçoem as condições de promoção de P&D e o maior acesso ao desenvolvimento tecnológico e a insumos para a saúde dos países em desenvolvimento.

Para o Brasil, ações de inclusão social, o fortalecimento dos sistemas de saúde e a promoção de equidade devem nortear a comunidade internacional, estando os mesmos amparados pelos marcos internacionais [¹³²] instituídos e legitimados pelos países partícipes das organizações internacionais:

“A Estratégia Global defende o uso das flexibilidades inerentes ao regime de patentes em apoio às políticas públicas de acesso a medicamentos e ao tratamento de todas as enfermidades com incidência significativa em países em desenvolvimento (...). Por sua vez, a Declaração Ministerial de Doha sobre o Acordo de Trips e Saúde Pública afirma que o acordo de Trips pode e deve ser interpretado e implementado de modo a apoiar os direitos dos Membros da Organização Mundial de Comércio de proteger a saúde pública e, em particular, de promover o acesso a medicamentos para todos. Seja na OMS, seja na OMC, ou ainda na Organização Mundial de Propriedade Intelectual, no contexto da Agenda para o Desenvolvimento, a comunidade internacional reconhece que a plena utilização das flexibilidades previstas e admitidas nos tratados internacionais de propriedade intelectual constitui acervo jurídico consolidado. (...) ações de inclusão social, a promoção da equidade e o fortalecimento dos sistemas públicos de saúde (...) estão também consignados no comunicado divulgado hoje pela Iniciativa ‘Política Externa e Saúde’ – o chamado ‘Grupo de Oslo’ – que reúne países do norte e do sul, desenvolvidos e em desenvolvimento” [¹³³].

¹³¹ Para mais informações quanto ao plano de trabalho do IGWG apresentado na 62ª AMS, ver www.who.int/phi/news/cewg-2011/en/index.html

¹³² Não é objeto deste estudo o aprofundamento das ações previstas nos documentos resultados dos encontros estabelecidos na Assembléia Mundial da Saúde, tampouco na OMS e na OMC, porém queremos reforçar o reconhecimento estabelecido entre os países partícipes acerca da importância ao acesso ao conhecimento e às políticas públicas de acesso a medicamentos.

¹³³ Discurso do Ministro Patriota na Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, no RJ, em 21.10, 2011. Disponível em www.itamaraty.gov.br. Acesso em: 20 de maio de 2012.

O reconhecimento do pleno atendimento às necessidades humanas e o de que a inflexibilidade quanto à proteção da propriedade intelectual não sejam, necessariamente, garantia de inovação são, entretanto, indutores para que se ultrapasse a reflexão e a retórica e se estabeleçam ações efetivas para o atendimento real às necessidades humanas de forma global. O que, por si só, garante novos comportamentos e debates internacionais entre os países partícipes das Assembléias Mundiais da Saúde, na OMS e também em fóruns especializados na OMC no tocante ao acesso ao conhecimento e às políticas públicas de acesso a medicamentos. Nesse sentido, a expectativa da necessidade quanto ao fortalecimento do papel de governança mundial em saúde, em que a OMS e os respectivos Estados membros possam efetivar ações previstas nos documentos firmados em ações concretas na busca por melhores conduções estratégicas orientadas para a promoção da saúde de toda a sociedade.

Fomentando o debate teórico no contexto das relações internacionais, o posicionamento do Brasil perpassa pela abordagem da Sociedade Internacional, o que, segundo Wight ¹⁹ e Jackson e Sorensen ¹⁴, tem como principal desafio o atendimento aos interesses coletivos nos âmbitos nacional, internacional e humanitário. Entretanto, não se pode negligenciar as complexas relações sociais que ligam o indivíduo ao Estado ^{110, 14}. Nesse sentido, o Estado tampouco deve negligenciar sua vinculação à sociedade global. Ao que Jackson e Sorensen ¹⁴ sublinham como responsabilidade dos Estados, como sociedade: a responsabilidade global pelos direitos humanos, pelo meio ambiente e pelas necessidades humanas. A abordagem da Economia Política Internacional, cuja base se sustenta nas relações econômicas internacionais, revela-se como o contraponto que existe por meio de relações sociais inerentes à produção e à troca global de produtos básicos e do desenvolvimento cada vez mais amplo da política mundial ¹⁴.

Retomando o debate para a saúde e para o sistema de propriedade intelectual, Amorim [¹³⁴] revela que o Brasil defende um sistema internacional

¹³⁴Ministro das Relações Exteriores do Brasil durante a gestão do Governo Lula, entre 2003 e 2010. In: Cooperação Saúde - Boletim da Atuação Internacional Brasileira em Saúde, n:02, abril de 2010, AISA/Ministério da Saúde, Brasil.

de propriedade intelectual efetivo e justo, em que se promovam os incentivos à inovação e se proteja os pequenos e grandes detentores de marcas e patentes. Ao que, para o Brasil, segundo o ex-Chanceler, esses objetivos não são conflitantes com a perspectiva de que os direitos humanos e as principais metas internacionais de desenvolvimento devem reger os entendimentos globais sobre certos temas econômicos, em particular quando se discutem questões relativas à saúde humana.

Nessa perspectiva, o que tem que ser superado, segundo o diplomata, é o favorecimento pelo sistema internacional de marcas e patentes de laboratórios privados em países desenvolvidos, notadamente os da América do Norte e os europeus, em detrimento da saúde das populações dos países em desenvolvimento. Logicamente, essa superação impõe desafios complexos.

Em que pesem (1) a pressão e a limitação impostas pelas indústrias, (2) o favorecimento dos laboratórios privados de países desenvolvidos, (3) as artimanhas judiciais impostas pelos detentores da marca para a continuidade dos direitos de exploração de patentes de medicamentos que estejam com o prazo a expirar (na tentativa de embargar o direito à exploração por laboratórios de produção de medicamentos genéricos, impedindo, assim, o barateamento do medicamento e buscando uma continuidade comercial com vistas à maximização do lucro que ultrapassa a legislação que dá aos detentores da patente a garantia de exploração do medicamento por 20 anos) e (4) os artifícios como o ocorrido em janeiro de 2009 quando se deu o embargo alfandegário e a retenção da carga, embarcada para o Brasil, no porto holandês de medicamentos genéricos da Índia para tratamento de hipertensão, embarcada para o Brasil, em frontal oposição ao princípio internacionalmente garantido do acesso universal aos medicamentos, a busca pela garantia à vida e à saúde de todas as nações são objetivos incontestes tampouco inegáveis.

A pandemia da gripe A (H1N1), ocorrida em 2009, é um caso emblemático na relação do acesso a medicamentos, evidenciando o quão vulnerável pode ser tornar um país, o que demonstra a importância estratégica da cooperação articulada entre os países.

Isso posto, a saúde passa a exercer legitimidade e representatividade nas decisões e ações da política externa dos países. Portanto, a centralidade está no estado de bem-estar do ser humano em sua interface com a base produtiva e de inovação em saúde. Perspectiva essa, lançada, inclusive, na discussão sobre os Determinantes Sociais da Saúde em que a saúde é considerada como resultado da interação de fatores sociais e de políticas públicas.

Diante do exposto, o Brasil tem fortalecido seu papel de governança nos assuntos da saúde, concentrando seus esforços junto aos países do eixo Sul-Sul, assim como atuando de forma articulada e proativa junto aos organismos multilaterais. Além da cooperação com os países do sul, são diretrizes da política externa brasileira a busca por maior governança quanto às situações pandêmicas e pelo efetivo desenvolvimento de mecanismos alternativos para financiar a pesquisa e a promoção do acesso aos medicamentos.

Essa atuação é refletida, por exemplo, no posicionamento da Unasul junto à Conferência Mundial da Saúde, ocorrida em 2010, em Genebra, em que o Brasil exerceu forte papel integrador e articulador na defesa ao direito do acesso a medicamentos como bens públicos em que se privilegiam os interesses sociais ao invés dos interesses comerciais ¹¹¹. Defesa feita também pelo Ministro da Saúde do Brasil em maio de 2011, por ocasião da 64ª Assembléia Mundial da Saúde, em que foi destacado o acesso universal à saúde como um dos pilares do governo brasileiro para o desenvolvimento do país, assim como a erradicação da pobreza extrema, onde para tanto são necessárias condições de financiamento, de incorporação tecnológica e acesso a medicamentos.

Essa situação também apontou o Brasil como liderança junto à Unasul e ao Mercosul na promoção de ações coordenadas junto à 62ª Assembléia Mundial da Saúde (AMS), ocorrida em maio de 2009, a fim de que fossem disponibilizados os conhecimentos e inovações relacionados a essa pandemia (Gripe H1N1) a todos os países vítimas e potencialmente vítimas, isto é, sem exceção ou priorização de países, representando hegemonia no acesso a

soluções, seja por meio do conhecimento ou pela disponibilização de insumos para a saúde que atendessem às necessidades das sociedades.

Em que pesem os desafios estruturais e econômicos a serem ultrapassados e cuja complexidade e interesses conflituosos são óbices que retardam as condições necessárias para o acesso à saúde, mantendo vulneráveis os sistemas de saúde de uma sociedade, cada vez mais o tema da saúde vem requerendo um protagonismo baseado no estado de bem-estar social de uma nação e/ou de um conjunto de nações.

2.1. Cooperação Internacional sob a Abordagem da Assistência Humanitária

A Constituição Federal brasileira em seu Título I, Art. 4, inciso IX prevê que “as relações internacionais do Brasil regem-se entre outras por uma cooperação entre os povos para o progresso da humanidade”. A Constituição, portanto, foi clara estabelecendo que o Brasil fundamente suas relações internacionais com base na prevalência dos direitos humanos e na cooperação entre os povos para o progresso da humanidade [135]. Segundo entrevista de Celso Amorim, ex-Ministro das Relações Exteriores, “ao elaborar e implementar projetos de cooperação internacional Sul-Sul, fundados na solidariedade para com países mais pobres, o Governo brasileiro age em cumprimento ao disposto em sua Carta Constituinte” [136].

A priorização aos direitos humanos, ao direito humanitário e à solidariedade brasileira a países atingidos por calamidades sócio-naturais marcou a primeira década do Século XXI. Passa o Brasil a estruturar-se em dinâmicas multidisciplinares em conjunto com órgãos governamentais e com a

¹³⁵ Portanto, a solidariedade é um dos pilares da política externa. Ao que complementa Amorim (2009) ao reiterar que o Brasil defende uma atitude de não-indiferença, sem descuidar dos princípios basilares da soberania estatal e da não-intervenção nas relações internacionais. Para o ex-Ministro essa posição se reflete nas iniciativas do Brasil no Conselho de Direitos Humanos, nos projetos de cooperação Sul-Sul e na ampliação da ajuda humanitária que o Brasil envia ao exterior. Fonte: Amorim, C. "O Brasil e os Direitos Humanos: em busca de uma agenda positiva", publicado na revista Política Externa, vol. 18, nº 2 - set-out-nov/2009 - Brasília, 01/09/2009. Disponível em www.itamaraty.gov.br

¹³⁶ http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/entrevista_celso_amorim.pdf,

participação da sociedade civil, facilitada pela criação o Grupo de Trabalho Interministerial sobre Assistência Humanitária Internacional (GTI-AHI), criado por Decreto Presidencial em 2006 e coordenado pelo Itamaraty. Essa gestão habilita o País a prestar assistência humanitária com base na solidariedade e foco em desenvolvimento sustentável, contemplando aspectos de prevenção, recuperação e reconstrução [¹³⁷].

Segundo Divisão de Projetos da Assessoria Internacional do Ministério da Saúde [¹³⁸], as ações humanitárias solicitadas [¹³⁹] ao governo brasileiro tiveram um grande crescimento nos últimos anos. Entre 2006 e 2009, foram mais de 22 países na África, na América Latina, no Caribe e na Ásia atendidos. Ações que se distribuem no atendimento de emergências diversas, tais como: dificuldade de medicamentos essenciais nos estoques dos países, desastres de origem natural, epidemias, dentre outros.

O Brasil considera o Projeto de Cooperação Brasil-Haiti como uma de suas prioridades na área internacional. Inclusive na cooperação em saúde, como pode ser observado no desenvolvimento de projeto de Banco de Leite Humano nesse país e em outras ações necessárias em função do terremoto de 2010. Aumentando-se a representatividade dessa área em ações bilaterais de reestruturação e multilaterais, tais como a relacionada ao Memorando de Entendimento Brasil-Cuba-Haiti para o fortalecimento do Sistema de Saúde do Haiti. Na questão relacionada à infraestrutura e insumos, um dos principais eixos do Memorando, destaca-se a aquisição de medicamentos, insumos e material médico-hospitalar. Cabe destacar, também, a formação de grupos técnicos para abordarem os compromissos prioritários do Memorando [¹⁴⁰]. O Grupo Técnico de Imunização, em sua IV reunião do Comitê Gestor (agosto de

¹³⁷ Disponível em <http://www.itamaraty.gov.br/temas/balanco-de-politica-externa-2003-2010/7.1.10-assistencia-humanitaria>

¹³⁸ https://i3gov.planejamento.gov.br/.../MS_interface_Ações%20Internacionais%20para%20Replicação%20de%20Desastres.doc – Levantamento da Atuação Internacional do Ministério da Saúde para Prevenção e Reparação de Desastres - Divisão de Projetos da AISA/MS.

¹³⁹ Assim, o governo brasileiro presta assistência humanitária mediante solicitação do país recipiendário, por questão de princípio e respeito à soberania dos Estados e em consonância com a Resolução 46/182 da Assembleia Geral das Nações Unidas.

¹⁴⁰ Disponível em <https://i3gov.planejamento.gov.br>. Acesso em: 22.06.2012.

2010), abordou possibilidades de cooperação técnica de Cuba e do Brasil para o Programa de Imunização do Haiti, com participação da Fiocruz pelo Brasil e Instituto Finlay por Cuba para estudo de viabilidade.

Na tabela a seguir, procuramos correlacionar, com base no Levantamento da Atuação Internacional do Ministério da Saúde para Prevenção e Reparação de Desastres, comportando o período de 2006 a 05-2010, e no Relatório de Assistência Humanitária do Ministério das Relações Exteriores, relativo ao período de 2006 a 2009, a importância do Complexo Econômico-Industrial da Saúde do Brasil para o atendimento vigoroso e imediato das ações humanitárias realizadas pelo governo brasileiro, apontando, para tanto, as principais demandas ocorridas nesses períodos.

Tabela 4: Levantamento da Atuação Internacional do Ministério da Saúde em Ações Vinculadas ao CEIS (Prestação de Assistência Humanitária) – Período 2006 a 05/2010.

Data da doação	País beneficiado	Produtos doados relacionados ao CEIS	Situação ocorrida
08/2006	Líbano	4,2 t de medicamentos, 5 kits de farmácia básica	Guerra Hezbolha X Israel
09/2006	Equador	11 t de medicamentos	Erupção do vulcão Tungurahua
01/2007	El Salvador	1.200 frascos de medicamentos para tuberculose	Terremoto
02 e 03/2007	Bolívia	230 kg de medicamentos	Enchentes
06/2007	República Dominicana	10.000 doses de vacinas contra febre amarela	Epidemia

Cont. Data da doação	País beneficiado	Produtos doados relacionados ao CEIS	Situação ocorrida
08/2007	Nicarágua	14 t de medicamentos	Epidemia
08/2007	Peru	6,5 t de medicamentos e 720 caixas de hipoclorito de sódio	Terremoto de 8 graus na escala Richter
08/2007	Jamaica	100 mil doses de vacinas dupla adulta, 4 t de medicamentos e 3.750 frascos de hipoclorito de sódio	Furacão Dean
08 e 09/2007	Nicarágua	14 t de medicamentos e 2.000 doses de soro antiofídico	Ciclone Félix
10 e 11/2007	República Dominicana	1,8 t de medicamentos e 1,15 t de hipoclorito de sódio	Tempestade Noel
11/2007	Nicarágua	1,8 t de medicamentos	Tempestade Noel
11/2007	Haiti	1,8 t de medicamentos, 1,15 t de hipoclorito de sódio	Tempestade Noel
11/2007	Argentina	200 ampolas de soro antiescorpiônico	Infestação de escorpiões
02/2008	Bolívia	1,5 milhões de comprimido de rifampicina	Tuberculose
02 a 04/2008	Bolívia	14 t de medicamentos	Enchentes
03/2008	Equador	15 t de medicamentos	Enchentes e erupção de vulcão Tungurahua
03/2008	Guiné-Bissau	2 t de medicamentos contra malária	Epidemia de malária
03/2008	Angola	2 t de medicamentos contra malária	Epidemia de malária
03/2008	Moçambique	3 t de medicamentos e 15.000 frascos de rifampicina	Enchentes
03/2008	Zâmbia	3 t de medicamentos e 15.000 frascos de rifampicina	Enchentes

Cont. Data da doação	País beneficiado	Produtos doados relacionados ao CEIS	Situação ocorrida
09/2008	Haiti	7,3 t de medicamentos	Furacões Gustav, Ike e Hanna
09/2008	Jamaica	1,5 t de medicamentos	Furacão Gustav
12/2008	Timor Leste	Doação de vacinas para cooperantes brasileiros	-
01/2009	Palestina	Fator 9 (hemoderivados) 20.000 Uis em frascos de 500 UI e 10.000 envelopes de sais para reidratação oral	Guerra Israel X Palestina
02/2009	Bolivia	10 t de Temefos, 300 l de Aquak´Othrine e envio de velas de andiroba para combate ao mosquito da dengue e transferência de tecnologia pela Fiocruz para produção local de velas	Enchentes, epidemia de dengue
01/2010 a 05/2010	Haiti	400 t de medicamentos, insumos e equipamentos para saúde	Terremoto de 7,0 graus na escala Richter

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Levantamento da Atuação Internacional do Ministério da Saúde para Prevenção e Reparação de Desastres, comportando o período de 2006 a 2010 – disponível em

https://i3gov.planejamento.gov.br/.../MS_interface_Ações%20Internacionais%20para%20Reparação%20de%20Desastres.doc, e do Relatório de Assistência Humanitária do Ministério das Relações Exteriores, relativo ao período de 2006 a 2009 – disponível em www.itamaraty.gov.br

Nota 1 – Não é intenção deste trabalho fazer o levantamento dos custos decorrentes das doações efetuados, e sim ressaltar o impacto do conceito humanitário e de solidariedade nas ações de política externa brasileira relacionadas às necessidades de suprimento de insumos da saúde.

Nota 2 – A tabela acima apresenta um recorte específico para os produtos relacionados ao CEIS. Obviamente, a assistência humanitária brasileira comporta doações diversas (assistência alimentar, material de limpeza, de assistência a moradia, material escolar etc.) atendendo a distintas demandas dos países, tanto por doações provenientes do Brasil como por aquisições locais e contribuições a ONGS, Organismos Internacionais e Programa e Fundos diversos, entre os quais a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), o Programa Mundial de Alimentos (PMA), o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) e o Escritório das Nações Unidas para Coordenação de Assuntos Humanitários (OCHA).

2.2. Cooperação Internacional sob a Abordagem da Cooperação Técnica Internacional

Entre 2003 e 2009 [¹⁴¹], no tocante à Cooperação Técnica Internacional, o governo brasileiro promoveu a negociação, aprovação e implementação de mais de 400 acordos, ajustes, protocolos e Memorandos de Entendimentos com governos de países em desenvolvimento da América Latina, Caribe, África, Ásia e Oceania. O número de países beneficiários da cooperação brasileira teve um crescimento superior a 150%, isto é passou de 21 para 56 países. Dentre os países beneficiários, destacam-se, primeiramente, os países africanos e os países da América Latina.

Quanto à saúde, sob a perspectiva da C&T, a projeção brasileira fundamenta-se em experiências positivas, tais como o Programa de Imunização, a implantação do SUS, o acesso universal e gratuito ao diagnóstico, à prevenção e ao tratamento das pessoas com HIV/AIDS, a defesa ao acesso a medicamentos fundamentais sobre os quais pesem patentes (como foram os casos do Efavirenz, em 2007 e do Tenofovir [¹⁴²], em 2010), a participação estratégica no debate internacional pela diminuição dos preços de medicamentos importados e pela produção nacional de medicamentos, além da promoção de ações articuladas para aprovação de documentos junto às organizações internacionais, como a Estratégia Global sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual, aprovada durante a 61ª AMS em 2008 e a aprovação do fundo global para o desenvolvimento de tecnologia e conhecimento defendido pelo, então, Ministro da Saúde José Gomes Temporão:

“o acesso aos frutos do conhecimento humano estão crescentemente segmentados por linhas legais e de mercado. Nós temos a obrigação moral de assegurar e tornar o mais acessível possível os benefícios do progresso humano para todos. Estruturas inovadoras são necessárias para acumular e sustentar o acesso a

¹⁴¹ Segundo dados disponibilizados no portal <https://i3gov.planejamento.gov.br>.

¹⁴² Medicamento antirretroviral para tratamento de HIV/AIDS.

níveis mais elevados de saúde para os países em desenvolvimento do mundo” [143]

Nesse escopo, a visibilidade alcançada pelo Brasil no contexto internacional é reforçada por sua voz ativa na defesa por formulação de políticas voltadas para o fortalecimento da capacidade produtiva para atendimento às demandas de saúde.

São atrativos, portanto, que justificam o Brasil como país que é demandado por outros países em desenvolvimento. E é nessa perspectiva de cooperação com os demais países em desenvolvimento que o IPEA ⁷⁹ relata que o volume de recursos federais investidos em cooperação técnica científica e tecnológica aumentou consideravelmente. Em 2005, o total anual investido, no contexto da saúde, foi de R\$ 2,78 milhões. Em 2009 chegou a R\$ 13,8 milhões na área da saúde, um aumento de aproximadamente 400% do valor aplicado em 2005. O volume total da cooperação técnica científica e tecnológica, segundo a análise, na área da saúde, “de 2005 a 2009, equivale a 9% do total investido no período, ou seja, quase R\$ 24 milhões” ⁷⁹ (p.38).

Dos temas mais presentes na realidade dessa cooperação em saúde, ganham destaques ações sobre doenças negligenciadas, além da forte presença e dos recursos investidos pela Fundação Oswaldo Cruz:

“A CTC&T do Brasil na área da saúde contempla diversos outros temas que afligem os países em desenvolvimento parceiros, como a prevenção e controle da malária; a atenção à saúde materno-infantil; a capacitação para a produção de vacinas contra febre amarela; o diagnóstico e o manejo da doença de Chagas (...). Entre as instituições participantes, o Ministério das Relações Exteriores concentra 49% dos recursos investidos em projetos de CTC&T na área da saúde, seguido pelo Ministério da Saúde (24%) e pela Fundação Oswaldo Cruz (20%)” ⁷⁹ (p.38).

Ademais, ações articuladas entre o Ministério da Saúde e o Ministério das Relações Exteriores estimulam transferências de tecnologia e de conhecimento cujo objetivo maior é a promoção do desenvolvimento dos

¹⁴³ Disponível em <http://www.panoramabrasil.com.br/brasil-propoe-fundo-global-para-pesquisa-em-saude-id2996.html>

países carentes do saber tecnológico e inovativo. E é sob esse escopo de reforçar a questão da saúde como elemento central para a estratégia de combate à pobreza e para incentivar o desenvolvimento social que os chanceleres de sete países assinaram em 2007 a Declaração de Oslo [¹⁴⁴], aprovada em dezembro de 2009 pela ONU. Essa aprovação elevou a condição da saúde global a tema específico da política externa dos países membros.

O que corrobora a diretriz do governo brasileiro, em articulação com o Ministério das Relações Exteriores, pela busca do fortalecimento da presença brasileira junto ao cenário internacional. Nesse sentido, o Brasil, por intermédio das ações em saúde, amplia sua presença nos órgãos e programas de saúde das Nações Unidas e, principalmente, amplia suas ações de cooperação com os países da América do Sul, da CPLP e da África ^{106, 112}.

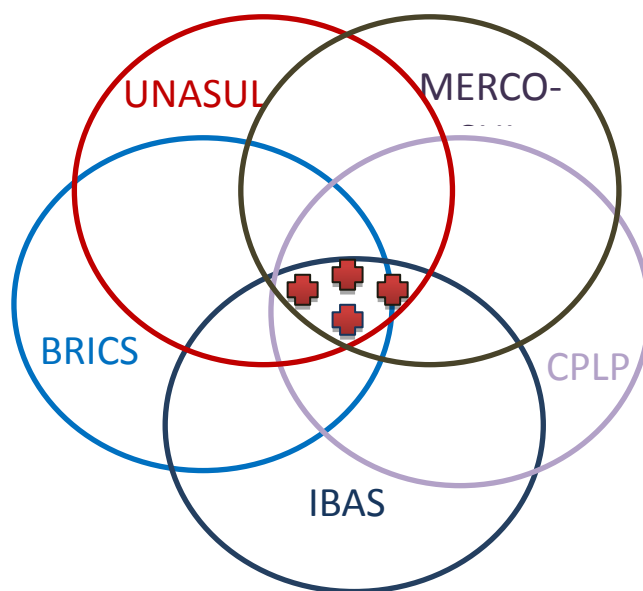
Nessa perspectiva, a pauta da saúde vem se evidenciando de forma cada vez mais robusta no Brasil. Algumas ações se destacam: (a) o seu posicionamento na defesa da saúde global; (b) a coordenação internacional do enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis; (c) a defesa dos sistemas universais de saúde; (d) a introdução na agenda global dos Determinantes Sociais da Saúde; (e) o processo de reforma da OMS [¹⁴⁵]; (f) a sua atuação da cooperação técnica através do Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/AIDS (CICT); (g) a organização da Rede de Cooperação Tecnológica em HIV/AIDS; (h) a atuação, notadamente na questão do acesso aos medicamentos; (i) o BRICS; (j) a constituição do Tratado da Unasul e seu papel de forte protagonismo regional, inclusive junto ao Mercosul; (k) o estímulo à cooperação regional (oficinas como a de diagnóstico de ofertas e demandas de cooperação dos países da Unasul e o Fórum de Cooperação Internacional em Saúde); (l) a instalação e inauguração do Isags e (m) a forte articulação e ação proativa junto à Comunidade dos Países de Língua Portuguesa e junto ao BRICS em assuntos correlatos à saúde.

¹⁴⁴ Para mais detalhes: Capítulo III. 1. *Saúde nas Relações Internacionais* e Quadro 2 – “Relação de Documentos Internacionais: cooperação Sul-Sul e saúde” do presente estudo.

¹⁴⁵ Conforme Botelho, E. Boletim de Atuação Internacional Brasileira em Saúde nº 5 – Cooperação Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Nov. 2011.

Quanto à geopolítica, a temática da saúde, por ser considerada estratégica na condução política nacional e internacional, é amplificada quando observamos o posicionamento do Brasil “na intercessão dos vários agrupamentos, servindo de ponte entre os processos e interesses de cada grupo, promovendo o entendimento em torno dos temas principais da agenda global” [146]. Essa intercessão pode ser observada na figura 5.

Figura 5: Intercessão Geopolítica do Brasil na Área da Saúde



Elaboração própria.

Nesse sentido, a representatividade brasileira agrega valor inegável e incontestável à condução e ao destaque dos assuntos relacionados à saúde e o conseqüente fortalecimento da área junto aos países relacionados.

Em que pese a priorização brasileira na relação Sul-Sul, é imprescindível a contínua busca pela minimização da vulnerabilidade tecnológica nacional. Articulações produtivas entre instituições e laboratórios de produção pública e empresas privadas ganham contorno estratégico e imprescindível, sobretudo

¹⁴⁶ Botelho E. Boletim de Atuação Internacional Brasileira em Saúde nº 5 – Cooperação Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Nov. de 2011.

com empresas e instituições de países desenvolvidos, detentores de conhecimento e tecnologia de ponta, com diferencial em P&D.

Podem ser destacados, por exemplo, os seguintes casos de parcerias entre o Brasil e nações e instituições mais desenvolvidas: (a) com o Reino Unido, empresa *GlaxoSmithKline - GSK* e Fiocruz como contraparte brasileira – desenvolvimento e produção de vacinas contra HIB, Tríplice Viral, *Pneumococo* e Rotavírus, além de parceria firmada, em 2009, para o desenvolvimento de vacinas contra dengue e malária e, mais recentemente, acordo firmado para produção de vacinas tetraviral que incluirá a varicela à atual tríplice viral, (b) com a organização DNDI – *Drugs for Neglected Diseases Initiative* e Fiocruz – produção de Artemisina + Mefloquina em doses fixas para tratamento contra malária; (c) com Cuba, Pólo Científico de Cuba e Fiocruz como contraparte brasileira – projetos e produtos, tais como: Eritropoetina e Interferon Alfa, kits para diagnóstico e antineoplásicos; (d) com a Ucrânia – Instituto Indar e Fiocruz como contraparte brasileira – produção de insulina e (e) Estados Unidos – empresa Genzyme e Fiocruz (como contraparte brasileira) – novos tratamentos para a doença de Chagas.

O Brasil comporta um grande potencial para a área de vacinas. Inclusive, potencial exportador, uma vez que há demanda internacional reprimida para vacinas para doenças negligenciadas pelos grandes laboratórios. Nesse sentido, vale citar o caso de Bio-Manguinhos da Fundação Oswaldo Cruz, que, mesmo considerando ser uma instituição pública voltada para o atendimento às necessidades do SUS, tem possibilidade de aumentar sua capacidade de exportação que, em 2010, chegou a 4,7 milhões de doses produzidas, cerca de 3% da sua produção direcionada para o Brasil nesse mesmo ano: 150,1 milhões [147].

A Fundação Bill e Melinda Gates [148], a partir de um novo patamar de relação estabelecida com o Ministério da Saúde, também tem projetos com a

¹⁴⁷ Disponível em <http://www.estadao.com.br/noticias/impreso,transferencia-de-tecnologia-alavanca-bio-manguinhos,720630,0.htm>, Acesso em: 18.05.2011.

¹⁴⁸ Bill Gates, em maio de 2011, convocou os ministros de saúde de todos os países a vacinar 10 milhões de crianças até 2020, a chamada “década de vacinação”. Fonte:

Fundação Oswaldo Cruz e a Fundação Butantan e projeta o Brasil como um potencial exportador mundial de vacinas. Sua parceria busca fomentar a capacidade produtiva dessas instituições nacionais que, em contrapartida, poderão atender demandas de países mais pobres, como por exemplo, de países africanos que necessitam de vacinas, tais como, vacina contra a Febre Amarela, Meningite e Pentavalente.

Em função das experiências exitosas e dos resultados alcançados junto às parcerias para produção de vacinas no Brasil, vale destacar como exemplo de sucesso o histórico da parceria entre a empresa *GlaxoSmithkline* -GSK e a Fundação Oswaldo Cruz, mais especificamente a sua unidade de produção de imunobiológicos, Bio-Manguinhos.

Foi a partir dos anos 80, com a tecnologia para produção de vacina contra poliomielite obtida por meio de parceria firmada com o *Japan Poliomyelitis Institute*, que Bio-Manguinhos incorporou a tecnologia de produção dessa vacina, utilizando o concentrado viral adquirido da GSK, produção fundamental para a eliminação dessa doença no País.

Desde então, acordos de transferência de tecnologia com a GSK foram firmados entre as duas instituições. O primeiro, para a produção da vacina conjugada contra *Haemophilus Influenzae tipo b* (HIB), teve a sua tecnologia transferida totalmente em 2005. Em outubro de 2003, mais um acordo firmado: transferência de tecnologia da vacina combinada de sarampo, caxumba e rubéola, com o processo de nacionalização de todas as etapas de produção em andamento, com previsão para realização de estudos clínicos previstos para 2013. Mais uma parceria em 2007: contrato de transferência de tecnologia para produção da vacina contra rotavírus, com nacionalização completa das etapas de produção prevista para 2013. Em 2009, firmado acordo de colaboração (inédito) entre as instituições para o desenvolvimento e a produção conjunta de uma vacina contra dengue. E, em 2010, firmado acordo de transferência de tecnologia para produção de vacina pneumocócica conjugada a ser fabricado em Bio-Manguinhos a partir de 2013. Mais

recentemente, início de agosto de 2012, foi firmado acordo de transferência de tecnologia para produção de vacina contra varicela (catapora), a ser combinado com a tríplice viral que inclui vacina contra sarampo, caxumba e rubéola, tornando-se uma vacina tetraviral [¹⁴⁹].

Ultrapassando as fronteiras da incorporação tecnológica, a FIOCRUZ, Instituição Estratégica de Estado na área da saúde, estabelece-se com forte protagonismo estratégico na política setorial de cooperação internacional. O que será apresentado no decorrer deste estudo.

Nesse sentido, a inovação tecnológica, assim como o conhecimento, é diferencial, determinante, para serem estabelecidas como centrais nos ditames do processo de desenvolvimento do Brasil. Essa centralidade é observada no discurso da política nacional, conforme Lei de Inovação nº 10.973 de 2004:

“o desafio de se estabelecer no País uma cultura de inovação está amparado na constatação de que a produção de conhecimento e a inovação tecnológica passaram a ditar crescentemente as políticas de desenvolvimento dos países. Nesse contexto, o conhecimento é o elemento central das novas estruturas econômicas que surgem e a inovação passa a ser o veículo de transformação de conhecimento em riqueza e melhoria da qualidade de vida das sociedades”.

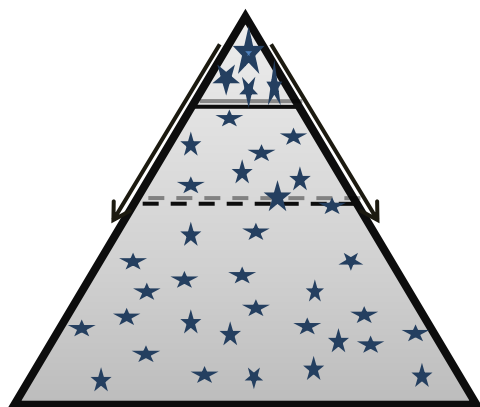
Portanto, partindo da idéia de atrair empresas, ampliar os processos de transferência de tecnologia, implementar a produção em solo brasileiro, valendo-se do mercado continental e do poder de compra do Brasil, o País se fortalece e expande sua capacidade produtiva, compartilhando oportunamente os conhecimentos adquiridos com os países possuidores de vulnerabilidades locais que comprometem a saúde das suas populações.

Isso posto, a despeito das considerações financeiras e comerciais, ocorre um processo de formação de cadeia do conhecimento onde aqueles que detêm maiores condições de pesquisa, de desenvolvimento, de tecnologia e de inovação, tornam-se multiplicadores do saber junto àqueles com menor acesso à tecnologia e ao conhecimento.

¹⁴⁹ Dados extraídos da Agência Fiocruz de Notícias, 07.08.2012. Disponível em www.fiocruz.br/ccs. Acesso em: 10.08.2012

Essa cadeia pode ser ilustrada conforme figura 6, onde o topo comporta países desenvolvidos, detentores de tecnologias de ponta e de conhecimento avançado. O topo firma projetos e negociações com a faixa central, isto é com países como o Brasil, que, nesse exemplo específico, possui uma base industrial favorável e capacidade de P&D instalada, com políticas integradas e estruturantes, amplo poder de compra do Estado, programas de fomentos fortalecidos, além de capacidade regulatória e de políticas governamentais favoráveis para a promoção de parcerias público-privadas e acadêmicas, e de uma agenda internacional favorável para expansão do conhecimento adquirido em âmbito regional e internacional. Esses países repassam suas tecnologias para países detentores de grandes fragilidades tecnológicas, normalmente países com capacidade de produção em saúde nula ou em estágio inicial, inseridos na base da pirâmide, desde que haja viabilidade para estruturação produtiva e tecnológica.

Figura 6: Formação da Cadeia de Conhecimentos



Fonte: Elaboração própria.

Assim, o estágio de desenvolvimento que o Brasil obteve em função dos benefícios da cooperação internacional recebida fez com que o habilitasse a ofertar determinados conhecimentos e produtos a países demandantes e a organismos internacionais, como é o caso da vacina contra Febre Amarela e os Bancos de Leite Humano¹⁵⁰. Nesse sentido afirma Amorim ¹¹³ [151]:

¹⁵⁰ Exemplos que serão detalhados no decorrer do Capítulo V.

“A cooperação internacional prestada pelo Brasil atua como uma via de duas mãos, beneficiando, por um lado, os países mais pobres com as boas práticas, tecnologias e conhecimento, desenvolvidos com base na experiência do SUS, e, por outro, nos obrigando a aperfeiçoar constantemente o universo de iniciativas e programas de saúde pública que atendam a um número cada vez maior de seres humanos” ¹¹³ (p.5).

Na perspectiva da via de “duas mãos”, seria incompleto e limitante imaginar que a promoção do desenvolvimento ocorra exclusivamente por conta das ações exógenas e de inputs externos, cuja “dependência cega” cerceie movimentos e imobilize a capacidade produtiva quando interesses externos divergem das escolhas e necessidades nacionais. Tampouco se deve considerar o desenvolvimento como uma questão autóctone, uma vez que, mesmo em um contexto global assimétrico, a realidade contemporânea das relações entre os países impõe-se sob a base de um mundo interligado e globalizado.

Realidade essa que se fundamenta na cada vez maior relevância da relação que as bases de conhecimento e os campos da ciência, da tecnologia e da inovação têm com o estado de bem-estar das nações. A cooperação internacional prestada pelo Brasil aos países do Sul, notadamente junto aos países da América Latina e Central e aos países africanos, é reflexo do estabelecimento no Brasil de políticas de incentivo à inovação tecnológica e ao conhecimento, aliadas à condução da política externa sedimentada sobre os alicerces da solidariedade e do desenvolvimento.

¹⁵¹ Celso Amorim em entrevista. Disponível em Cooperação Saúde, Boletim de Atuação Internacional Brasileira em Saúde do Ministério da Saude, 2010; 2:4-5.

CAPÍTULO V: CEIS: POLÍTICA EXTERNA EM AÇÃO, UM OLHAR SOBRE O SUL

A priorização e o fortalecimento das ações de cooperação com as nações do Sul, focando, principalmente, os países da América do Sul e os países africanos e as recentes diretrizes da política externa brasileira contribuíram para que a agenda da saúde ganhasse nas últimas décadas maior destaque na política externa do País.

Nessa perspectiva, a cooperação Sul-Sul nas questões da saúde, como justificado anteriormente, fundamenta-se em modelo horizontal e estruturante, cuja perspectiva é colaborar na superação das deficiências e limitações dos países cooperados. Nesse sentido, busca-se ultrapassar o caráter instrumental que até hoje se deu a cooperação brasileira e transformá-la em um necessário elemento estruturador. Situação essa que, obviamente, torna possível uma diferenciação na condução da política externa brasileira e solidifica a projeção internacional do Brasil, além dos ganhos óbvios resultantes das mudanças provocadas pelo processo de desenvolvimento dos países beneficiários da cooperação.

Uma dimensão da cooperação internacional da saúde, notadamente nos países em desenvolvimento, é a parceria internacional em atividades de inovação para o desenvolvimento de produtos para a saúde. Como exemplo de diversas iniciativas, podemos destacar: (a) o apoio aos projetos de cooperação Sul-Sul para o desenvolvimento científico e tecnológico cujo objetivo é viabilizar e fortalecer o desenvolvimento da área de Avaliação de Tecnologias em Saúde – ATS no âmbito do Mercosul e (b) as Parcerias para Desenvolvimento de Produtos (PDPs), pesquisa e ao desenvolvimento de insumos voltados para doenças negligenciadas.

No tocante às ATS, cuja Ata de formação data de janeiro de 2009 ^[152], é a partir da formação do grupo de *experts* e da construção de uma rede de avaliação de tecnologias que promovam a difusão do conhecimento na área

¹⁵² Disponível em <https://i3gov.planejamento.gov.br>

tecnológica para saúde que alguns resultados já foram alcançados. Para este estudo vale destacar a concretização de um espaço virtual para troca de informações e a formação de bases de dados para comparação de preços de medicamentos e produtos para a saúde.

Sob a perspectiva das doenças antes negligenciadas, a Fiocruz, inserida na estratégia abrangente do Ministério da Saúde para a pesquisa e inovação em saúde, comporta diversas iniciativas de parcerias, dentre as quais, com a “*Medicines for Malaria Venture (MMV)*”, a “*Global Alliance for TB Drug Development (TB Alliance)*”, e “*Drugs for Neglected Diseases Initiative (DNDI)*”. Essas parcerias se manifestam de forma global; porém, conforme aponta Morel [153], o movimento do Brasil no sistema global de inovação ainda é recente. Segundo Morel, um dos motivos para que esse movimento ainda não esteja maduro, quando comparado a países desenvolvidos, é o fato de tão somente recentemente temas como inovação terem sido priorizados nas discussões políticas internas (a exemplo da Lei de Inovação datada de 2005, isto é, a menos de uma década). Para o autor [154], o até então avanço incipiente foi decorrente do fato de se descuidar “do sistema educacional, da política industrial, e da política sanitária que fizessem suas conexões com as políticas de C&T”, ao que exemplifica apontando que foi somente a partir de 2004 que o Ministério da Saúde montou o Departamento de C&T, atualmente inserido na também recente Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde para promover de forma estratégica pesquisa tecnológica e inovação em saúde. Entretanto, vale destacar que este movimento estratégico acelerasse acentuadamente com a criação de novas estruturas e políticas, cuja descrição fugiria aos propósitos desta tese [155].

¹⁵³ Entrevista concedida pelo pesquisador da Fiocruz Carlos Morel, em 12.11.2011 Disponível em: <http://www.dndi.org.br/pt/centro-de-documentacao/comunicados-de-imprensa/253-12-01-2011-o-modelo-pdp-e-as-doencas-negligenciadas.html>. Acesso em: 06.02.2012.

¹⁵⁴ Entrevista concedida ao Informe ENSP em 09.03.2006. Disponível em www.ensp.fiocruz.br. Acesso em: 06.02.2012

¹⁵⁵ Para mais informações, ver PIB - Perspectivas do investimento em saúde / coordenador Carlos A. Graboys Gadelha; Equipe: José Maldonado... [et al.]. Rio de Janeiro: UFRJ, 2008/2009.

Ainda assim, para Morel, há muito que fazer no Brasil para estimular essas parcerias, prejudicadas pelos entraves burocráticos que obstaculizam as ações decorrentes. Nesse sentido, medidas de atração, factíveis e exequíveis, devem ser implementadas para atrair e fortalecer novas parcerias em PDP em saúde entre o Brasil e demais países, sejam eles representados por organizações sem fins lucrativos ou por empresas privadas:

“Na indústria de fármacos, há uma necessidade de aperfeiçoar os procedimentos e processos nas instituições envolvidas, bem como estimular e facilitar a interação entre as mesmas: Universidades, institutos de pesquisa e desenvolvimento, hospitais e redes onde ocorre a pesquisa clínica, ANVISA [Agência Nacional de Vigilância Sanitária], CONEP [Comissão Nacional de Ética em Pesquisa], INPI [Instituto Nacional da Propriedade Industrial]. São instituições críticas e fundamentais para que nosso País possa desenvolver um verdadeiro sistema nacional de inovação em saúde, componente fundamental do Complexo Industrial da Saúde” [153].

Em um sentido mais afirmativo, vale ressaltar a existência de resultados positivos provenientes de esforços dirigidos para doenças negligenciadas pouco visíveis na agenda global. Esses esforços representam benefícios para países que não têm condições de promover o desenvolvimento e o fortalecimento de sua base industrial voltada para a saúde, tornando o Brasil um país estratégico para os seus parceiros do eixo Sul-Sul, no Sistema Global de Inovação em Saúde.

Como exemplo concreto brasileiro no esforço global para ampliação do acesso a medicamentos tem-se, ao final de 2011, o compromisso assumido pelo País, no âmbito da Opas, enfatizando o protagonismo do Brasil a se converter no provedor mundial de medicamentos contra o mal de Chagas, graças à estratégia da associação de laboratórios públicos e privados [156],

¹⁵⁶ O laboratório privado Nortec entrega matéria-prima ao laboratório público Lafepe, que fabrica o medicamento. Vale citar que, segundo a Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde, em relação a doenças negligenciadas, o Brasil produz diversos medicamentos para ajuda humanitária internacional, por meio de parcerias entre laboratórios públicos e privados. O investimento em laboratórios públicos produtores saltou de R\$ 8,8 milhões em 2000 para mais de R\$ 54 milhões em 2011. “(...) O Brasil está no topo da lista de países que financiam pesquisa em dengue, segundo a *GFinder List*, instituição inglesa que realiza levantamento anual de pesquisas. De 2002 a 2010, o Ministério da Saúde

suprindo, em conjunto com a logística da Organização Médico Sem Fronteiras, a demanda mundial desse medicamento [157].

Ademais, segundo a Divisão de Projetos da Assessoria Internacional do Ministério da Saúde [158], experiências exitosas relacionadas à cooperação internacional em saúde estão relacionadas aos temas HIV/AIDS e Bancos de Leite Humano.

Referentemente ao primeiro tema – HIV/AIDS é a principal referência de cooperação com a África, representando 37% dos projetos atuais e o 4º tema da agenda de cooperação brasileira com os países da América Latina e Caribe, representando 13% da totalidade dos projetos. Dentre os 21 projetos de cooperação nessa área, 13 são na África e 8 na América Latina e Caribe. Dentre os programas na área, o Laço Sul-Sul [159] oferece medicamentos antirretrovirais brasileiros para os países da América Latina e os países africanos, representando um estratégico instrumento de ampliação ao acesso a esses medicamentos.

Conforme o Ministério, o Banco de Leite Humano [160] é o principal tema de cooperação com a América Latina e Caribe, representando 39% dos projetos e o terceiro tema de cooperação com a África, com 17% do total. São 25 projetos registrados, entre concluídos, em execução e em negociação. Tem como principal meta implementar um banco de leite humano de referência

financiou 518 projetos de pesquisa em doenças negligenciadas, investindo um total de quase R\$ 95 milhões”. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 02 de dezembro de 2011.

¹⁵⁷ Fontes: Portal da Saúde, 2011 e <http://envolverde.com.br/ips/inter-press-service-reportagens/brasil-em-esforco-global-para-ampliar-acesso-a-medicamentos/>. Acesso em: 15 de novembro de 2011.

¹⁵⁸ Apresentação ocorrida no Rio de Janeiro durante o I Fórum Sul-Americano de Cooperação Internacional em Saúde, em 23 a 25 de novembro de 2011.

¹⁵⁹ Lançada em 2004 pelo governo brasileiro, em aliança com a Unicef, a iniciativa Laços Sul-Sul (LSS), reúne outros sete países: Bolívia, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Nicarágua, Paraguai, São Tomé e Príncipe e Timor Leste. Busca assegurar o acesso universal à prevenção, ao tratamento do HIV/AIDS e à assistência, em uma perspectiva de atenção integral. Promove a solidariedade entre países em desenvolvimento e um modelo de cooperação horizontal. Proporciona o intercâmbio de informações e a elaboração conjunta de estratégias e planos de ação. Disponível em <http://sistemas.aids.gov.br/lss/>

¹⁶⁰ O BLH é fruto de uma ação integrada entre o Instituto Nacional Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz e o Ministério da Saúde do Brasil. Em 2011 recebeu prêmio da OMS como maior contribuição para redução da mortalidade infantil na década de 90.

nacional em cada um dos países parceiros, servindo de instrumento de combate à morbimortalidade e desnutrição infantis, conforme preconiza os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

A Rede Brasileira de Banco de Leite Humano atua de forma bastante ampliada na sua cooperação internacional. O que pode ser observado quando observamos seus respectivos projetos bilaterais (por intermédio da Agência Brasileira de Cooperação do MRE) e seus trabalhos em rede e multilaterais.

São os seguintes países em cooperação com o Brasil, no que concerne aos Bancos de Leite Humano:

Quadro 3 – Cooperação Internacional em Saúde: Relação de Países e Banco de Leite Humano

Projetos Bilaterais – Brasil e	<ul style="list-style-type: none"> • Belize, • Bolívia, • Cuba, • Panamá, • Costa Rica, • República Dominicana, • El Salvador, • Mexico, • Nicaragua, • Peru e • Haiti
Rede BLH e CPLP – Brasil e	<ul style="list-style-type: none"> • Cabo Verde, • Moçambique, • Angola e • África do Sul
Multilaterais – Programa Ibero-Americano de Bancos de Leite Humanos – IBERBLH [¹⁶¹]	<ul style="list-style-type: none"> • Argentina, • Colômbia, • Espanha, • Portugal, • Paraguai, • Uruguai e • Venezuela

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponibilizados no I Fórum Sul-Americano de Cooperação em Saúde, ocorrida no Rio de Janeiro, em 2011.

¹⁶¹ O Programa Ibero-Americano de Bancos de Leite Humano, criado na XVII Cúpula Ibero-Americana ocorrida em Novembro de 2007, objetiva apoiar a implantação de pelo menos um Banco de Leite Humano em cada país Íbero-americano como um espaço para o intercâmbio do conhecimento e de tecnologia no campo da lactância materna, focando a redução da mortalidade infantil. Para maiores informações. Mais informações: http://segib.org/upload/File/Iniciativa_Bancos_de_Leiteportu.pdf. Acesso em: 20 de março de 2012

No tocante aos demais temas da área da saúde, várias são as ações exitosas relativas à cooperação internacional em saúde, sejam relacionadas à África, ao Mercosul, à Unasul, à Cuba ou à Ásia. A tabela a seguir consolida os principais resultados alcançados pela política externa do Brasil nas questões relacionadas ao CEIS junto aos países prioritários na relação Sul-Sul, compreendendo o período entre 2003 e 2009.

Tabela 5: Principais Resultados (2003-2009): CEIS e Política Externa

RELAÇÕES INTERNACIONAIS EM SAÚDE	DESCRIÇÃO DOS PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS ENTRE 2003-2009
<i>BRASIL – AFRICA</i>	<ul style="list-style-type: none"> • A política externa do período foi marcada pela intensificação da cooperação na área de combate a doenças tropicais como a malária, combate ao HIV/AIDS, combate a anemia falciforme, além da capacitação de técnicos estrangeiros e o auxílio ao desenvolvimento do sistema de saúde pública; • Instalação de um escritório da Fiocruz em Maputo/ Moçambique, representando uma forma inédita de cooperação na área de saúde, com potencial para dinamizar a cooperação em saúde com o continente africano; • Instalação da Fábrica de medicamentos do governo de Moçambique – unidade produtora de medicamentos antirretrovirais e demais medicamentos (sendo inaugurado em 2012); Os lotes pilotos dos medicamentos começam a ser produzidos em 2012. Sua produção prevê inicialmente 21 antirretrovirais que estão em domínio público, além de outros medicamentos que incluem antibióticos, antianêmicos, anti-hipertensivos, antiinflamatórios, hipoglicemiantes, diuréticos, antiparasitários e corticosteróides, como ácido fólico, diclofenaco de potássio, captopril e metronidazol e • Projetos integrados em saúde infantil e saúde reprodutiva (incluindo Banco de Leite Humano).
<i>BRASIL - MERCOSUL</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Atuação das Comissões Intergovernamentais de Políticas de Medicamentos e Bancos de Preços de Medicamentos do Mercosul; de HIV-AIDS; dentre outras comissões que conduzem os temas prioritários de saúde; • Assinatura de 124 acordos pelos Ministros da Saúde do Mercosul (entre 2003-2010) envolvendo, dentre outros temas, Políticas de Medicamentos e Bancos de Preços de Medicamentos do Mercosul e HIV-AIDS e • Aprovação pelo Ministério da Saúde da proposta da delegação brasileira da instituição de um Regime Comum de Medicamentos e princípios ativos não fabricados no Mercosul.
	<ul style="list-style-type: none"> • Aquisição conjunta de vacinas contra a gripe H1N1 pelo fundo Rotatório da OPAS; • Unasul-Saúde – Plano quinquenal 2010-2015 – Diretriz: Acesso Universal a Medicamentos. Tem como objetivo estratégico o desenvolvimento de estratégias e planos de trabalho a fim de melhorar o acesso a medicamentos, visando alcançar o fortalecimento da coordenação das capacidades produtivas da região, promovendo a produção e a utilização de medicamentos genéricos;

BRASIL – UNASUL

- Criação do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde – ISAGS que objetiva apoiar todos os países membros no fortalecimento das capacidades nacionais e subregionais para a condução, formulação, implementação e avaliação de políticas e planos de longo prazo, no que se refere, inclusive, ao Complexo Econômico e Industrial da Saúde;

Dentre os principais projetos conjuntos entre Brasil e demais países, destacam-se os seguintes:

- **ARGENTINA** – (2009) projeto de Fortalecimento das Farmacopéias Brasileira e Argentina, com o reconhecimento mútuo de substâncias de referência utilizadas no controle de qualidade dos medicamentos produzidos nesses países e estabelecimento de cooperação bilateral e o intercâmbio de conhecimentos tecnológicos para aumentar a produção local de substâncias de referência, contribuindo para reduzir a dependência tecnológica na importação dessas substâncias, com impacto direto na redução de custos para as empresas nacionais;
- **BOLÍVIA** – (2009) apoio à implementação do Banco de Leite Humano;
- **PARAGUAI** – (2006) instalação do primeiro Banco de Leite Humano;
- **EQUADOR** – criação de bancos de leite humano;
- **COLÔMBIA, GUIANA e VENEZUELA** – projetos de estabelecimento de bancos de leite e de tratamento de HIV/AIDS.

BRASIL – CUBA¹

- Produção conjunta, pelo Instituto Biomanguinhos da Fiocruz e o Instituto Finlay de Cuba, da vacina contra meningite A e C, no final de 2007, a pedido emergencial da OMS, para os países africanos do 'cinturão de meningite' (Mali, Etiópia, Senegal, Burkina Faso, Níger, Chade etc);
- Cooperação brasileira para a instalação de fábrica de vacinas pertencente ao Instituto Finlay de Havana, ocorrida em dezembro de 2008;
- Apoio a projetos de transferência de tecnologia a fim de viabilizar e fortalecer o desenvolvimento da área de biotecnologia aplicada à saúde em Cuba e no Brasil. A estruturação do Comitê Gestor Binacional para a cooperação Bilateral entre Cuba e Brasil na área de Biotecnologia para a Saúde, ocorrida em julho de 2010, tem como propósito a promoção do desenvolvimento das áreas de interesse comum sob os aspectos da inovação, do direito de acesso a produtos de saúde e do desenvolvimento dos complexos industriais dos países no que se refere à área da biotecnologia em saúde (www.itamaraty.gov.br). Realização Seminário Técnico-Científico Brasil-Cuba sobre Biotecnologia para Saúde (Rio de Janeiro, 15 e 16 de julho de 2010);
- A Rede Nacional de Desenvolvimento e Inovação de Fármacos Anticâncer (Redefac), instituída em outubro de 2011 pelo Ministério da Saúde, fechou parceria de cooperação tecnológica com Cuba, envolvendo produção nacional, via transferência de tecnologia cubana de sete medicamentos oncológicos (principalmente anticorpos monoclonais);
- Acordos de cooperação em saúde firmados recentemente (início de 2012) entre os governos do Brasil e de Cuba são relacionados a três eixos temáticos e visando à promoção da capacitação tecnológica do Complexo Econômico e Industrial da Saúde – setor farmacêutico, diagnóstico, equipamentos e outros, ao aumento do acesso da população a produtos de alto valor agregado, além da diminuição dos custos para os Ministérios da Saúde do Brasil e de Cuba e

	<p>diminuição da vulnerabilidade dos Sistemas de Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento tecnológico, envolvendo pesquisa e produção de medicamentos e outros produtos para a área da saúde; • Articulação regulatória para harmonizar as exigências para registros de produtos e processos em saúde, favorecendo a cooperação e inovação em saúde; • Articulação para a pesquisa clínica em oncologia, com terapia e diagnóstico de câncer; • Instalação de Bancos de Leite Humano; • Desenvolvimento da alfapeginterferona 2 b humana recombinante entre Bio-Manguinhos e <i>Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología</i> de Cuba com Transferência de Tecnologia e estabelecimento da plataforma de peguilação de proteínas - projeto em andamento.
BRASIL – ÁSIA ¹	<p>ÍNDIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acordo de cooperação para transferência de tecnologia à empresa indiana privada Cipla para produção de medicamento antimalárico – o ASMQ (combinação do artesunato e mefloquina) desenvolvida pela Fiocruz e a organização internacional DNDI, ocorrida em agosto de 2008, tendo como objetivo o abastecimento do sudeste asiático que tem alta incidência de malária e • Interesse brasileiro na expertise da Índia na produção de fármacos e na área de produção de genéricos. <p>CHINA ¹⁶²:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “A China, assim como a Índia, está conseguindo consolidar sua estratégia de desenvolvimento. Esses países hoje são parceiros tecnológicos que podem contribuir para alavancar a competitividade brasileira”, afirma o ministro da Saúde, José Gomes Temporão². Dentre os principais interesses manifestados pelo governo brasileiro, destacam-se as cooperações em áreas estratégicas como biobiofármacos, reagentes para diagnóstico e parcerias público-privadas na área de medicamentos e equipamentos e • Acordo de TT na saúde assinado em 2009 – EMS e Shanghai Biomabs – produção no Brasil de 6 biotecnológicos de última geração - anticorpos monoclonais, medicamentos indicados no combate a doenças graves e de tratamento de alto custo como câncer, artrite reumatóide e osteoporose.

Elaboração própria a partir de dados disponíveis nos portais do Itamaraty – www.itamaraty.gov.br e do Relatório Balanço de Governo 2003-2010 – Brasil, disponível em meio eletrônico www.balancodegoverno.presidencia.gov.br

Nota 1: A despeito do recorte de análise deste estudo se restringir ao Mercosul, à Unasul e aos países africanos, optamos por apresentar algumas ações de grande importância relacionadas à Índia, Cuba e China dada a relevância desses países no cenário produtivo da saúde.

Nota 2: Artigo “Ministro da Saúde lidera missão para expandir relações com a China na Saúde” de 03.12.2009, disponível em <http://portal.saude.gov.br>

¹⁶² A China detém 10% do déficit comercial brasileiro em saúde (dados de 2008), o que representa um desafio para o Brasil para construir um caminho de parcerias para desenvolver e produzir tecnologias de interesse da saúde pública brasileira. Segundo o artigo “Ministro da Saúde lidera missão para expandir relações com a China na Saúde” de 03.12.2009, disponível em <http://portal.saude.gov.br>, o mercado de fármacos e equipamentos hospitalares está em franco crescimento na China. Em 2008, o Brasil importou, neste segmento, o equivalente a R\$ 617 milhões daquele país — um aumento de 83% em relação ao ano anterior. Por outro lado, as exportações brasileiras à China somaram R\$ 7,8 milhões em 2008, uma queda de 22% em relação a 2007.

Na **África**, um exemplo a ser citado de cooperação Sul-Sul fundamentando em modelo horizontal e estruturante é o caso da cooperação brasileira na área de transferência de tecnologia firmada pela Fiocruz [¹⁶³] para a implantação de uma fábrica de medicamentos diversos e de antirretrovirais em Moçambique, além de três projetos integrados em saúde infantil e saúde reprodutiva (incluindo um Banco de Leite Humano).

A Fundação Oswaldo Cruz, instituição com forte atuação na área da saúde junto aos países africanos, tem sido crucial na implementação do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS), aprovado pelos ministros da Saúde da Comunidade de Países de Língua Oficial Portuguesa –CPLP [¹⁶⁴], em 2009, tendo esse plano o objetivo de contribuir para reforçar os sistemas de saúde dos Estados partícipes da CPLP visando a garantia do acesso universal a saúde de qualidade.

A missão da CPLP inclui apoiar os países membros na redução da mortalidade infantil, melhoria da saúde materno-infantil, além do combate ao HIV/AIDS, malária e outras doenças graves que atingem os países da região.

Dentre as diretrizes orientadoras, a cooperação para o desenvolvimento de um complexo produtivo comunitário, com base no desenvolvimento tecnológico que contribua para um maior acesso a insumos estratégicos em saúde e para um maior controle da qualidade dos insumos de saúde, resultou no eixo estratégico “Desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde”.

Sob essa perspectiva foram considerados prioritários os seguintes projetos: (a) o desenvolvimento da indústria farmacêutica, a redução da dependência externa de insumos para a saúde e a ampliação da assistência farmacêutica – ações estruturantes: levantamento da situação atual,

¹⁶³Outras iniciativas de atuação da Fiocruz no continente africano que, por não estarem diretamente relacionadas ao tema do CEIS, não serão apontadas no corpo do texto: na área de ensino – cursos de Pós-graduação em diferentes áreas; capacitações em serviço; ensino à distância e estruturação de uma rede de escolas técnicas em saúde; implantação e reformulação dos institutos nacionais de saúde dos países da Comunidade de Países de Língua Oficial Portuguesa - CPLP, além da liderança da Rede de Institutos Nacionais de Saúde Pública e de diversas outras ações de cooperação das unidades técnico-científicas da Fiocruz com muitos países da África. Vale citar a abertura do escritório internacional da Fundação em Maputo, Moçambique, em outubro de 2008. Dados disponíveis em: www.fiocruz.br

¹⁶⁴ A saber: Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné Bissau, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste (conforme apresentado no capítulo anterior).

identificação de oportunidades, atividades e financiamento, sendo a Fiocruz responsável pela articulação com todos os países; (b) Centros Técnicos de Instalação e Manutenção de Equipamentos (CTIME) - por meio do apoio e qualificação da organização de serviços de manutenção de equipamentos da saúde, sendo Portugal responsável pela articulação [¹⁶⁵].

A priorização do Complexo Produtivo da Saúde como eixo estratégico no Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS) denota a importância que o tema tem para o conjunto de países participantes do CPLP, notadamente, países africanos. A participação da Fundação Oswaldo Cruz na construção e na implementação do PECS se fundamenta em ações estruturantes que visam à concretude exitosa do Plano Estratégico, sendo, portanto, essa instituição de grande representação para o CPLP.

No tocante ao **Mercosul**, o País visa a integração com base no desenvolvimento econômico e social dos países membros e tem nos seus participantes o compromisso de harmonizar suas legislações nas áreas pertinentes a fim de fortalecer esse processo de integração. Nesse sentido, a saúde, com base na Resolução GMC 13/2007 (Grupo Mercado Comum ao qual se liga o Subgrupo de Trabalho – SGT nº11), firmou a Pauta Negociadora das ações em saúde que vem sendo conduzida em conformidade a determinadas diretrizes de ação, dentre as quais se destacam:

1. Harmonização de legislações e diretrizes, promoção da cooperação técnica e coordenação de ações entre os Estados-Partes na área da saúde necessárias ao processo de integração;
2. Promoção do aperfeiçoamento e da articulação dos sistemas nacionais voltados à qualidade, eficácia e segurança dos produtos e serviços ofertados à população, com o objetivo de reduzir riscos à saúde;
3. Promoção do aperfeiçoamento e articulação dos sistemas nacionais voltados para a regulamentação e o controle de produtos que trazem riscos para a saúde;

¹⁶⁵Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS/CPLP) - 2009-2012, disponível em <http://www.cplp.org/id-1787.aspx>

4. Promoção e gerenciamento de propostas de cooperação que visem à redução das assimetrias existentes e a integração regional no setor saúde;

O SGT 11 “Saúde” desenvolve suas atividades em três áreas de trabalho: Vigilância em Saúde, Serviços de Atenção à Saúde e Produtos para a Saúde. Esta última de responsabilidade da Comissão de Produtos para a Saúde. Dentre as 95 Resoluções que tratam do tema da Saúde que foram elaboradas, aprovadas e incorporadas pelos Estados-Parte do Mercosul, destacam-se:

Quadro 4: Resoluções Mercosul – CEIS

RESOLUÇÕES DO GRUPO AD HOC PRODUTOS MÉDICOS	
RESOLUÇÃO	ASSUNTO
Res. 4/95	“Práticas Adequadas para a Fabricação de Produtos Médicos”
Res. 38/96	Regulamento Técnico referente à Verificação do Cumprimento de Boas Práticas de Fabricação e Controle em Estabelecimentos de Produtos para Diagnóstico uso “ <i>in vitro</i> ”
Res. 65/96	“Guia de Boas Práticas de Fabricação e Controle para Reativos de Diagnóstico de uso “ <i>in vitro</i> ”
Res. 79/96	Registro intrazona de produtos de diagnóstico de uso “ <i>in vitro</i> ”
Res. 131/96	Regulamento Técnico sobre a Verificação do Cumprimento das Boas Práticas de Fabricação de Produtos Médicos
Res. 25/98	Programa de Capacitação de Inspectores para a Verificação do Cumprimento das BPF de Produtos Médicos
Res. 72/98	Regulamento técnico “Requisitos essenciais de segurança e eficácia dos produtos médicos”
Res. 40/00	Registros de Produtos Médicos (Revoga a Resolução GMC 37/96)
Res. 46/08	Diretrizes para o Mecanismo de Intercâmbio de Aviso Alerta sobre Eventos Adversos Causados Por Produtos Médicos Fabricados Intra-Zona
RESOLUÇÕES DO GRUPO AD HOC MEDICAMENTOS	
Res. 4/92	Práticas adequadas para a fabricação e a inspeção de qualidade de medicamentos
Res. 6/93	Guia para inspeção de estabelecimentos da Indústria Farmacêutica
Res. 23/95	Requisitos para o registro de produtos farmacêuticos registrados e elaborados em um Estado-Parte produtor, similares a produtos registrados em um Estado-Parte receptor
Res. 13/96	Regulamento de Boas Práticas na Fabricação de Produtos Farmoquímicos. Substitui a Resolução 92/93

Cont.:	
RESOLUÇÕES DO GRUPO AD HOC MEDICAMENTOS	
Res. 51/96	Empresas e Titularidade de Registros: requisitos que devem preencher as empresas no Estado-Parte receptor para serem titulares de registros de produtos farmacêuticos fabricados em outro EP do Mercosul para aplicação da Resolução 23/95
Res. 52/96	“Lista de Informações e Documentação requerida para o Registro de Produtos Farmacêuticos Similares, de acordo com a Resolução GMC 23/95”
Res. 53/96	Estabilidade de Produtos Farmacêuticos
Res. 54/96	“Vigência, Modificação, Renovação e Cancelamento de Registro de Produtos Farmacêuticos para aplicação da Resolução GMC 23/95
Res. 57/96	“Boas Práticas de Fabricação de Soluções Parenterais de Grande Volume”
Res. 33/99	Regulamento Técnico para a Produção e Controle de Qualidade de Hemoderivados de Origem Plasmático (Substitui a Resolução 96/94)
Res. 50/02	Contratação de Serviços de Terceirização para Produtos Farmacêuticos no Âmbito do Mercosul
Res. 13/08	Diretrizes sobre Combate e Falsificação e Fraude de Medicamentos e Produtos Médicos no Mercosul
Res. 53/08	Plano Estratégico de Cooperação Técnica em Regulação de Vacinas no âmbito do Mercosul
Res. 54/08	Diretrizes sobre Promoção, Propaganda e Publicidade de Medicamentos no Mercosul

Elaboração própria a partir de www.i3gov.planejamento.gov.br

Com a Comissão de Comércio do Mercosul, órgão encarregado de assessorar nos temas comerciais, a Coordenação Nacional da Saúde no Mercosul encontra um espaço para proteger a saúde da população no que se refere à qualidade e à segurança na cadeia de medicamentos. Nesse sentido, participa desse Fórum atuando nas seguintes frentes [¹⁶⁶]:

- (a) Fortalecimento dos trabalhos para a harmonização dos regulamentos sanitários que contemplem o tratamento prioritário à regulamentação relacionada aos testes de equivalência - biodisponibilidade, bioequivalência e dissolução *in vitro*;
- (b) Estímulo para colocação em vigência de todas as normativas acordadas no Mercosul que tratam do registro de produtos farmacêuticos e da verificação do cumprimento das Boas Práticas de Fabricação e Controle – BPF e outros regulamentos de Boas Práticas acordados;

¹⁶⁶ Disponível em www.3gov.planejamento.gov.br

- (c) Atenção das autoridades sanitárias na concessão do registro sanitário de medicamentos, no sentido de avaliar a relação risco/benefício não somente em termos da qualidade farmacológica e farmacêutica, mas também em termos das vantagens terapêuticas e da efetiva necessidade de cada medicamento quanto aos aspectos econômico e social;
- (d) Implementação de programas de fiscalização e controle que evitem a distribuição, comercialização e uso de medicamentos ilegítimos na região;
- (e) Definição de diretrizes e regulamentos harmonizados dirigidos ao controle da qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos importados extrazona.

Vale ressaltar a importância do Mercosul na definição tarifária das mercadorias relacionadas ao CEIS. O Mercosul realiza, periodicamente, modificações pontuais e permanentes à Tarifa Externa Comum – TEC. “Em síntese, as estratégias adotadas no Mercosul para modificação da TEC são a elevação: forma de proteção às produções regionais e a redução: mercadorias sem produção regional”.

No tocante a área de trabalho que compõe a **Agenda Sul-Americana da Saúde (Unasul-Saúde)** foi aprovado o Plano de Ação 2010-2015. Dentre as atividades de cada um dos tópicos propostos, as relacionadas ao “acesso Universal a Medicamentos (e a outros insumos para a saúde e desenvolver o Complexo Produtivo da Saúde na América do Sul)” serão priorizadas neste estudo a fim de destacar a questão do Complexo Econômico-Industrial da Saúde – CEIS.

Nesse sentido, em conformidade com o Acordo nº 01/09, de 21/04/2009, do Conselho de Saúde Sul Americano da Unasul, a questão do “acesso universal a medicamentos” comporta as seguintes atividades:

- a) Estabelecimento do mapa das capacidades da América do Sul para produzir medicamentos e outros insumos de saúde.

- b) Troca de experiências para instituir mecanismos que permitam enfrentar de maneira integrada as barreiras que limitam o acesso a medicamentos essenciais e de alto custo.
- c) Elaboração de uma proposta de política sul-americana de Acesso Universal a Medicamentos, considerando o complexo produtivo de saúde sul-americano.
- d) Estabelecimento de um espaço de comunicação de riscos sobre o controle da qualidade de medicamentos, bem como sobre a falsificação de fármacos e o tráfico ilícito.

Ganha destaque a constituição do Instituto Sul Americano de Governança em Saúde – ISAGS, que dentre os desafios assumidos tem como objetivo valorizar o parque e a capacidade produtiva da região. Dentre as áreas consideradas como prioritárias do ISAGS, destacamos, a seguir, os principais desafios relacionados às áreas “Complexo Econômico-Industrial da Saúde” – CEIS e “Saúde e Diplomacia”, temas relacionados ao objeto deste estudo de doutorado.

No que se refere ao CEIS, o ISAGS aponta os seguintes desafios a serem ultrapassados e as questões a serem consideradas: (1) a relação do desenvolvimento produtivo e a soberania; (2) a valorização do parque e da capacidade produtiva da região; (c) os incentivos fiscais; (d) a harmonização regional do sistema de compras e de distribuição; (e) os sistemas de regulação de preços.

Quanto à área da “Saúde e Diplomacia”, o ISAGS considera as seguintes questões a serem priorizadas: (a) a baixa cultura diplomática em saúde; (b) a distinção entre diplomacia e cooperação internacional; (c) a negociação e a construção da posição estrutural em saúde para decisões internacionais coletivas, regionais ou globais e (d) o alinhamento de políticas regionais para a cooperação internacional.

No tocante ao Complexo Econômico-Industrial da Saúde, destaca-se o estreito vínculo que essa questão relaciona com o desenvolvimento dos sistemas universais de saúde e o acesso de toda a população ⁹⁰.

O atendimento a essa proposta específica da Agenda Sul-Americana de Saúde fundamenta-se no entendimento da complexidade que esse tema comporta, desde ao que se refere à especialização do complexo produtivo, com suas características pautadas na inovação, na articulação entre os distintos atores envolvidos tanto no âmbito governamental, acadêmico ou privado, até ao que representa as questões cambiais, já que a balança comercial é exponencialmente deficitária no que se refere aos produtos relacionados ao CEIS.

Ademais, em que pesem os desafios apresentados, a propriedade intelectual de produtos farmacêuticos é uma questão que requer uma especial atenção dos formuladores das políticas públicas de países em desenvolvimento. Ao que Stiglitz ⁹⁵, prêmio Nobel de Economia, afirma como uma falha de economia e do direito o fato de milhões de pessoas morrerem todo ano em função do alto custo dos medicamentos quando poderiam ser salvas caso houvesse acesso a drogas capazes de salvar suas vidas ou até mesmo a existência de medicamentos ou vacinas para as doenças dos pobres. Segundo Carlos Correa citado por Buss ⁹⁰, contar com uma indústria farmacêutica local capaz de produzir os medicamentos necessários para atender à saúde passou a ser uma questão estratégica, e não um simples objetivo de política industrial, ao que estende para os demais bens e serviços do CEIS, percepção essa, inclusive, dos chefes de Estados da Unasul haja vista a importância dada à temática em questão.

Isso posto, Buss ⁹⁰ (p. 30-31) destaca, no contexto da região sul-americana, o estreito vínculo entre os sistemas de saúde com as estruturas tecnológicas:

“Sistemas de saúde, porém, são estruturas tecnológicas complexas: dependem de equipamentos médico-cirúrgicos, medicamentos, vacinas, kits para diagnóstico, órteses e próteses, sangue e hemoderivados, materiais de consumo e outros insumos, além de instalações cada vez mais especializadas. Portanto, o acesso a algo desse porte deve ser considerado no marco de políticas de saúde, industrial e de ciência e tecnologia. Tais recursos são produzidos pelo que se denomina “complexo produtivo

da saúde” [167], ou seja, pelo conjunto de empresas produtoras e de consumidores institucionais (governos, prestadores de serviços de saúde, hospitais etc.) e individuais de bens e serviços de saúde, além das instituições que elaboram inovações (universidades e empresas). (...) A região tem enorme *déficit* comercial na balança relativa a insumos e serviços de saúde. Sem xenofobia, a proposta implica que os insumos em saúde necessários para a população sul-americana devam ser produzidos, dentro do possível, pelo complexo produtivo da saúde instalado no próprio subcontinente. Isso aponta para a necessidade de uma articulação público-privada em nível regional, que harmonize políticas industriais nesse complexo, além de enfrentar desafios como o acesso a novos produtos e a regulação do mercado farmacêutico frente às novas biotecnologias, genômica e proteômica”.

Com papel estratégico na construção dos pilares do desenvolvimento e da saúde, não se restringindo à atuação nacional, a **Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz**, como instituição estratégica do Estado, destaca-se internacionalmente com ações efetivas, estruturadoras e transformadoras, principalmente junto a países da América Latina, América Central e a países africanos, tendo intensificado suas atividades, notadamente, no início do século XXI. Essa instituição, tida como Instituição Pública Estratégica de Estado para a Saúde, alinhada ao conceito de Saúde e Diplomacia, em atuação conjunta com o Ministério da Saúde e com as orientações do Ministério das Relações Exteriores, constitui-se como a principal protagonista da política setorial de cooperação internacional.

Dentre os resultados alcançados (que incluem formação de recursos humanos, capacitações, formação de Institutos Nacionais de Saúde Pública, dentre outros), podemos observar igualmente a importância exercida pelos segmentos do Complexo Econômico Industrial da Saúde e que se correlacionam com o desenvolvimento da estrutura e dos sistemas de saúde dos países citados anteriormente (Ver Tabela 6). Ações essas que ressaltam o caráter político-estratégico da sua atuação com consequências positivas e estruturantes para o desenvolvimento dos países beneficiários.

¹⁶⁷GADELHA, CAG. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. *Revista Saúde Pública* [online]. 2006, vol. 40, (n.spe), p. 11-23.

No tocante à incorporação de tecnologia, é, principalmente, a partir de 2004 que se tem observado a intensificação dessas ações, em função, primordialmente, das diretrizes políticas vigentes que visam a autossuficiência tecnológica e comercial para os programas nacionais de saúde pública.

E a Fiocruz, no contexto da saúde e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, também vem representando papel de fundamental importância nas ações de incorporação tecnológica. São observadas ações nas áreas estratégicas para o SUS (imunobiológicos, biofármacos e fármacos), principalmente. Vale comentar que os ganhos com a incorporação tecnológica não se esgotam no mercado interno, podendo ser replicados em ações de cooperação internacional, notadamente como países em desenvolvimento, cujos laços Sul-Sul, conforme explicado anteriormente, são prioridades da política externa brasileira.

A tabela 6 apresenta as principais ações de incorporação tecnológica relacionadas ao CEIS.

Tabela 6 – Incorporação Tecnológica – Principais Ações da Fundação Oswaldo Cruz Relacionadas ao CEIS - Período 2003-2009

<i>Tema</i>	<i>Produto</i>	<i>Ano</i>	<i>Comentários</i>
Kit de Diagnóstico Programa Aids	Teste rápido para diagnóstico	2004 a 2006	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contrato de transferência de tecnologia entre o Biomanguinhos e a empresa norte-americana <i>Chembio Diagnostics</i>; ✓ Redução da dependência tecnológica na área ✓ Favorecimento do diagnóstico precoce; começando pela prevenção da transmissão vertical – de mãe para filho; ✓ Não necessita de infraestrutura laboratorial e o resultado fica pronto em dez minutos; ✓ Entre 2006 a 2009, foram produzidos 3,6 milhões de kits diagnósticos
Medicamentos Programa Aids	Produção do Medicamento Efavirenz	2009	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Licenciamento compulsório decretado pelo Governo brasileiro em maio de 2007; ✓ Um dos projetos mais estratégicos e de extrema relevância no ano de 2009 no campo da produção e do fornecimento de insumos para a saúde; ✓ Integra valores à cadeia produtiva. O IFA é produzido no Brasil, com expectativa para produção de intermediários em território nacional; ✓ Diminuição da dependência do Brasil em relação ao mercado farmacêutico, economia de recursos para os cofres públicos e fortalecimento da participação nacional no Complexo Econômico-Industrial da Saúde; ✓ Início da produção por Farmanguinhos da Fiocruz; ✓ Produção de 18 milhões de unidades farmacêuticas em 2009
Biofármacos	Produção de Eritropoetina Humana e Interferon	2006	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contrato de transferência de tecnologia entre Bio-Manguinhos da Fiocruz com Cuba; ✓ Viabilização do acesso gratuito à população a produtos de alta tecnologia para tratamento de câncer, hepatites e insuficiência renal crônica; ✓ Entre 2006 e 2009 foram fornecidos ao SUS cerca de 24 milhões de unidades de biofármacos.
Biofármaco	Produção de Interferon Peguilado	2009	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contrato de transferência de tecnologia de Cuba para Bio-Manguinhos

Cont.			
Tema	Produto	Ano	Comentários
Biofármaco Recombinante	Produção de insulina	2007	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contrato de incorporação de tecnologia de biofármacos por DNA recombinante para a produção nacional de insulina com o Instituto Ucrainiano CJSC – Indar; ✓ A geração de um produto final mais barato e eficaz impactará não só em melhorias no cuidado ao diabético, mas também na regulação do mercado e na diminuição do gasto com esse insumo, suprimindo a necessidade do País e proporcionando desenvolvimento tecnológico associado visando a outros biofármacos.
Medicamento e Kit de diagnóstico H1N1	Produção do medicamento Fosfato de Oseltamivir e pesquisa para desenvolvimento do teste de diagnóstico	2009	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acordo com a OMS; ✓ Considerado o medicamento mais eficiente até o momento no tratamento da influenza A H1N1; ✓ Farmanguinhos iniciou, em 2009, a produção e a distribuição do medicamento; ✓ Em 2009, foram produzidos cerca de seis milhões de unidades farmacêuticas. ✓ Pesquisadores da Fiocruz estão envolvidos em um projeto que visa aperfeiçoar o diagnóstico laboratorial do vírus da influenza A H1N1, hoje fornecido pela OMS, visando à substituição por similares nacionais de maior qualidade e sensibilidade, além de promover maior autonomia para o sistema brasileiro, economia de recursos públicos e ampliação da capacidade de análises de amostras.
Vacina	Produção de vacina contra Rotavírus	2008	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contrato de transferência de tecnologia com a GlaxoSmithKline (GSK) e Bio-Manguinhos; ✓ Entre 2008 e 2009, foram fornecidas mais de 16 milhões de doses da vacina.
Vacina	Produção de vacina Tríplice Viral	2004	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contrato de transferência de tecnologia com a GlaxoSmithKline e Bio-Manguinhos/Fiocruz para a produção da vacina combinada contra rubéola, sarampo e caxumba (chamada Tríplice Viral), até então o único imunobiológico presente no calendário básico de vacinação ainda importado pelo Ministério da Saúde.
Medicamento Malária	Medicamento ASMQ	2008	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Parceria com a Iniciativa de Medicamentos para Doenças Negligenciadas – <i>Drugs for Neglected Diseases Initiative (DNDI)</i>, para o desenvolvimento e produção do medicamento Artesunato + Mefloquina (ASMQ), utilizado por pacientes com malária; ✓ Produto inovador, desenvolvido e registrado no Brasil.

<i>Cont.</i>			
<i>Tema</i>	<i>Produto</i>	<i>Ano</i>	<i>Comentários</i>
Vacina	Produção da vacina pneumocócica conjugada	2009	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contrato de transferência de tecnologia com a empresa GlaxoSmithKline (GSK) e Bio-Manguinhos para a produção da vacina pneumocócica conjugada, que protege contra a pneumonia e a meningite por pneumococo, a otite média e as formas de bronquite e de sinusite causadas pela bactéria pneumococo; ✓ A produção foi iniciada no final de 2009.

Elaboração própria a partir do relatório “Balanço de Governo 2003-2010” – Brasil – disponível em www.balancodegoverno.presidencia.gov.br

Sob a perspectiva política estratégica, entre 2000 e 2011 [168], a Fundação Oswaldo Cruz protagonizou ações que resultaram em diferenciais estratégicos para o fortalecimento da saúde pública e para a inserção da mesma no contexto das relações internacionais:

- a) Em referência à área de produção de vacinas: (i) atendimento a Programas de Imunização e a situações emergenciais com fornecimento de vacina contra Febre Amarela e Meningite Meningocócica; (ii) além do aumento exponencial na sua capacidade de exportação [169];

¹⁶⁸ Conforme dados disponíveis nos portais <https://i3gov.planejamento.gov.br> e www.itamaraty.gov.br e nos Relatórios de Atividades da Fiocruz.

¹⁶⁹ “Em decorrência da pré-qualificação da vacina febre amarela pela Organização Mundial da Saúde, obtida em 2001, Bio-Manguinhos da Fiocruz detém o direito de fornecer esse imunobiológico para as Agências das Nações Unidas, desde que cumprido o convênio com o Ministério da Saúde. O excedente de produção pode ser exportado para governos e instituições públicas internacionais. Mais de 76,8 milhões de doses da vacina febre amarela foram exportadas para agências das Nações Unidas, entre 2005 e 2009. Com a exportação deste produto para mais de 70 países, Bio-Manguinhos consolida-se, num curto espaço de tempo, como o maior fornecedor de vacinas febre amarela para as Américas Latina e Central, e um dos maiores em todo o mundo, contribuindo com os esforços para a melhoria das condições de saúde em todo o globo”. Também exporta vacina meningocócica AC, que protege contra meningite sorogrupos A e C. De 2007, ano em que começou a exportar essa vacina, até 2009 aproximadamente 8,5 milhões de doses foram enviadas ao exterior. Disponível em: <http://www.bio.fiocruz.br/index.php/produtos/fornecimento>

- b) Instalação do Escritório da Fiocruz na África em Moçambique, em 2008 [¹⁷⁰];
- c) Indicação pelo governo brasileiro como ponto focal no Comitê de Cooperação do Conselho de Saúde Sul-Americano (Unasul-Saúde);
- d) Formulação e implantação do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde, tendo a Fiocruz como Secretaria Executiva. Criado pelo Conselho de Chefes de Estado e de Governo da Unasul, o Isags integra o Conselho de Saúde Sul-Americano da Unasul. Tem, dentre os seus principais compromissos [¹⁷¹], a promoção do intercâmbio, da reflexão, da crítica, da gestão do conhecimento e da geração de inovações no campo da política e governança da saúde [¹⁷²].
- e) Indicação do Instituto Nacional Fernandes Figueira da Fiocruz como base da nova Secretaria-Executiva da Rede Ibero-Americana de Bancos de Leite Humano (compartilhamento do conhecimento e tecnologias nos campos de aleitamento materno e saúde da mãe e da criança) [¹⁷³][¹⁷⁴];

¹⁷⁰ Decreto Legislativo nº 235/2011, oficializou o acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique para a instalação da sede do Escritório Regional da Fiocruz na África.

¹⁷¹ Ademais o Isags tem como compromisso a articulação dos ministérios da Saúde da América do Sul com vistas à qualificação da gestão da saúde na região, ao desenvolvimento de lideranças de sistemas, serviços, organizações e programas na área da saúde, e ao apoio técnico às instituições de governado setor saúde.

¹⁷² Seu plano de trabalho plurianual resulta das prioridades definidas no Plano Quinquenal 2010-2015 do Conselho de Saúde Sul-Americano, em que o Complexo Econômico-Industrial da Saúde ganha caráter estratégico, além das necessidades identificadas pelos ministérios da Saúde.

¹⁷³ A cooperação internacional para a redução da mortalidade infantil e a promoção da segurança nutricional neonatal, meta estabelecida pela ONU como um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, tem registrado importantes avanços por meio da expansão com consolidação da Rede de Bancos de Leite Humano (rBLH). Liderada pelo Brasil por meio da Fiocruz, a iniciativa integra mais de 20 países e constitui uma política pública internacional para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e a amamentação natural de recém-nascidos. Fonte: Relatório de Atividades da Fiocruz 2009-2011.

¹⁷⁴ Fiocruz (juntamente com a Agência Brasileira de Cooperação) apoia técnica e financeiramente a instalação, qualificação e manutenção de bancos de leite humano em todo o mundo, por meio de acordos bilaterais ou multilaterais. Suas ações de compartilhamento de experiências, saberes e tecnologias e o fortalecimento de capacidades locais superam a perspectiva de replicação de um modelo a ser meramente copiado. Ao contrário, o objetivo é que o conceito de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno preconizado pelos bancos de leite humano seja adaptado aos diferentes contextos socioeconômicos e culturais dos países. O compromisso assumido pela rBLH para redução da

- f) Instalação da Fábrica de medicamentos do governo de Moçambique (Sociedade Moçambicana de Medicamentos) – unidade produtora de medicamentos antirretrovirais e demais medicamentos (sendo inaugurado em 2012) [¹⁷⁵]. Os lotes pilotos dos medicamentos começam a ser produzidos em 2012. Sua produção prevê inicialmente 21 antirretrovirais que estão em domínio público, além de outros medicamentos que incluem antibióticos, antianêmicos, anti-hipertensivos, antiinflamatórios, hipoglicemiantes, diuréticos, antiparasitários e corticosteróides, como ácido fólico, diclofenaco de potássio, captopril e metronidazol [¹⁷⁶].
- g) Assinatura de protocolo de intenções sobre a possibilidade de transferência de tecnologia do Brasil para a Argentina para a produção da vacina febre amarela e;
- h) Colaboração com organismos internacionais e atuação ativa junto à representação brasileira na Organização Mundial da Saúde. Ademais, participa de debates no âmbito da Organização Mundial do Comércio (OMC) e da Organização Mundial da Propriedade Intelectual (WIPO). No que se refere aos temas afins do CEIS, sua atuação está voltada para questões críticas como propriedade intelectual, acesso a medicamentos, em defesa dos interesses dos pacientes sobre as questões comerciais e sobre patentes. Ganham destaque parcerias da Fiocruz com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Banco Mundial, o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (TOMA) e o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (Unaid). A Fundação

mortalidade infantil no mundo é formalizado pela Carta de Brasília 2010, assinada por 26 países ao final do 1º Fórum de Cooperação Internacional em Bancos de Leite Humano, realizado em Brasília, em 2010.

¹⁷⁵ A responsabilidade brasileira, através de Farmanguinhos da Fiocruz, consiste na transferência de conhecimentos, técnicas e tecnologias relacionadas à produção de medicamentos, a tecnologia de construção fabril, técnicas de gestão administrativa e laboratorial, doação de equipamentos, dentre outras ações.

¹⁷⁶ A estimativa é que a fábrica produza cerca de 450 milhões de unidades farmacêuticas por ano: 300 milhões de antirretrovirais e 150 milhões de outros medicamentos. Dados: Relatório de Atividades – 2009-2011 – Presidência da Fiocruz.

também estabelece convênios com organizações privadas e associações internacionais.

Concluindo, a primeira década do século XXI representou superação de entraves e desafios concernentes à inserção da saúde na política externa, consolidando-a e ampliando a participação da saúde na política exterior, colaborando efetivamente para a construção de uma agenda internacional do País. Nesse sentido, podemos inferir que uma das principais ações da saúde na política externa é a cooperação para o desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países do sul, inclusive sob os auspícios da cooperação humanitária o que vem fortalecendo a presença do País no cenário internacional. Quando o enfoque é recortado na perspectiva do CEIS, a despeito da sua importância que converge para questões de ajuda humanitária, considerando inclusive os casos exitosos de transferência de tecnologia e os projetos relacionados à produção do CEIS (que apesar de poucos, representam grande impacto para a saúde regional e global), dado o curto prazo de tempo de formulação de políticas voltadas para a área e a necessária maturação da implementação de ações fomentadoras e fortalecedoras, há muito ainda que ser explorado. Em que pese, inclusive, a demanda de países “pares e ‘ímpares” [177] do sul por conhecimento e transferências de tecnologias, o Brasil ainda tem um caminho a trilhar, tanto no que se refere à internacionalização dos seus processos de produção, assim como na sua capacidade de produção e de inovação endógenas e à consolidação de diferenciais produtivos que justifiquem maior acesso aos produtos e insumos da saúde tanto em âmbito nacional, quanto regional e internacional.

Nesta última década, o Brasil, conforme demonstrado no decorrer desta análise, articulou de forma estratégica a saúde e as suas relações internacionais. Formulou e implementou políticas nacionais que fortalecessem a área da saúde no Brasil, contribuindo para a consolidação do projeto de desenvolvimento nacional. As ações delas decorrentes, alinhadas com a necessidade de saúde da população, exercem forte impacto na capacidade de

¹⁷⁷ Essa expressão pode ser justificada por considerarmos que, mesmo sob a perspectiva conceitual dos países do sul, ainda assim há heterogeneidade em suas características estruturais, com maior ou menor capacidade de desenvolvimento.

desenvolvimento endógeno e produtivo, além de melhor posicionar o País no contexto geopolítico internacional, contribuindo para a ampliação, além-fronteiras, dos benefícios alcançados pela promoção dessas políticas.

Há, portanto, uma relação de interação virtuosa entre a saúde e o desenvolvimento. Nesse sentido, a política de saúde vem contribuindo para o desenvolvimento e, ao mesmo tempo, ser influenciada por ele. Seja em âmbito nacional ou internacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Primeiramente, destacamos a saúde sob a perspectiva de uma sociedade comprometida com a cidadania, constituída de valores com forte impressão social e ambiental, cuja base é alicerçada pelos critérios da ciência contemporânea que resultam de um mundo globalmente tecnológico, projetando-se para os anos vindouros uma abordagem cuja formação passa pelo “humanismo tecnológico de caráter social-ecológico”³⁶ (p.09).

Nesse sentido, o social e o científico e o social e o técnico estabelecem uma relação de convivência e sobrevivência em um mundo altamente globalizado e assimétrico. Abrigando a constatação de que, nas condições de um mundo tecnologicamente globalizado, “somente uma ordenação racional e equitativa do conjunto do mundo dispõe da possibilidade de lhe assegurar um equilíbrio estável, conveniente para todos (...)”³⁶ (p.12), isto é, onde a relação do técnico-científico com o caráter social e ecológico pode ser considerada como antídoto contra o desequilíbrio mundial e a favor de um ordenamento possível ante a qualquer eminência de antagonismo entre novas e antigas potências, inclusive as militares.

Em que pese a vinculação das ações humanitárias na questão da saúde e da política internacional, faz-se pertinente um olhar prudente frente a uma globalização marcada pela assimetria entre nações e entre os blocos regionais, que enfatiza o desequilíbrio de forças observado entre os países, inclusive na atenção de suas prioridades políticas junto à pactuação de uma nova agenda global onde o espaço do Estado-Nação se depara com uma contemporânea percepção paradigmática: os Estados-Região.

Conforme apontado neste estudo [¹⁷⁸], essa nova condição afeta desproporcionalmente países em desenvolvimento, de forma desfavorável, em dois aspectos marcantes: o primeiro refere-se às dificuldades de governança, governabilidade e de harmonização institucional dentre o bloco desses países, ocasionando, sobre os mesmos, uma perda na autonomia na tomada de

¹⁷⁸ Ver Capítulo II. 2 desta tese: “Estado como Ator Estratégico nas Relações Internacionais”.

decisão que deixa de pautar-se por prioridades nacionais sem que haja, entretanto, contrapartida do fortalecimento regional; o segundo aspecto, em parte decorrente do anterior, refere-se ao desequilíbrio geopolítico na definição das prioridades da agenda global da saúde.

Nesse sentido, entendendo-se a legitimidade do campo da saúde global e a inescapabilidade da relação entre saúde e política externa, há que se buscar instrumentalizar os países menos desenvolvidos de modo que sejam ouvidos na definição das prioridades da agenda de saúde. Deve-se, pertinentemente, garantir que as prioridades impostas pelas condições de saúde da população não sejam atropeladas pela agenda internacional, além de criar condições para o desenvolvimento do ambiente institucional que favoreça a implementação dos bens públicos para a saúde em seus territórios nacionais. Estas são diretrizes sem as quais o próprio campo de saúde global perderia legitimidade de atuação e passaria a refletir majoritariamente a imposição por parte de países mais ricos sobre as ações de saúde no mundo, sem para tanto pensar no benefício do mesmo como um todo.

“A globalização é irrefreável, sobretudo por corresponder a muitas exigências dos seres humanos”. Essa expressão de Berlinguer ⁴⁵ (p.21), citada no decorrer deste estudo, nos leva a refletir sobre os direitos humanos fundamentais e suas respectivas conquistas, em que a saúde se estabelece com fertilidade.

A saúde, sob esse contexto, expande-se na agenda das políticas de saúde de níveis locais para níveis regionais e global, buscando-se os meios necessários para restringir os limites e as delimitações inerentes à globalização.

No que se refere às implicações produtivas e tecnológicas na questão da saúde, destaca-se a complexidade do sistema de interdependências entre economias nacionais, apresentada como assimétrica, em que o seu poder efetivo é inversamente proporcional à sua vulnerabilidade externa. A relação inversa estabelecida entre o poder efetivo e a vulnerabilidade externa, apontada no Capítulo I desta tese, efetivamente relacionada à abordagem da Economia Política Internacional, sustenta o que Gonçalves ²¹ afirma: que

quanto maior a capacidade de resistência a pressões, fatores desestabilizadores, choques externos, isto é, à capacidade de sua própria realização, maior será o seu poder efetivo no sistema internacional.

Ainda no tocante à relação da globalização com a saúde e à questão da vulnerabilidade unilateral, seja econômica ou tecnológica, reconhecida em grande parte pelos países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, sob a perspectiva da busca por um equilíbrio mais pragmático, aspectos favoráveis podem vir a ser observados, desde que as ações sejam devidamente articuladas entre os países na busca por melhorias nas condições sanitárias globais. Iniciativas globais resultantes da ação entre países no âmbito da ONU e da OMS, assim como coalizões e alianças intergovernamentais podem promover o fortalecimento da relação com a saúde. Afinal, em posição solitária muito pouca coisa pode ser feita ou convencida a ser aceita. Assim, os resultados são favoráveis quando uma posição é fortalecida pela união de interesses semelhantes em fóruns específicos, sejam regionais, inter-regionais, multilaterais ou internacionais, relacionados à OMS, à OMC ou a outros que articulem e tratem, direta ou indiretamente, de assuntos relacionados à saúde.

O viés, entretanto, está na relação da globalização com a pobreza e a iniquidade, com impactos diretos na área da saúde e na sua respectiva capacidade produtiva, assim como na percepção, anteriormente citada, de que o Estado-Nação perde espaço para os Estados-Região com impacto direto nos limites das condições soberanas de um país.

Sobre essa última questão, a globalização, provocadora de intensa mudança estrutural da economia internacional, exerce um peso crescente que ultrapassa o exercício soberano do Estado. Conforme apresentado no decorrer dos capítulos, o Estado é pressionado pela ação de múltiplas forças exógenas que acabam por influenciar a formação das políticas de saúde, seja por meio de acordos promovidos por agências internacionais e pelo poder de empresas multinacionais, seja pela influência de Organizações Não-Governamentais.

Além disso, o crescente protagonismo da saúde na agenda de desenvolvimento e de inserção competitiva global se soma à dimensão que a saúde internacional ganhou, principalmente, nas duas últimas décadas,

aumentando a complexidade e assimetria das forças envolvidas na produção de serviços e insumos de saúde, na articulação entre os distintos atores governamentais e não governamentais e na formação da agenda internacional da saúde, além do grande desafio que é a promoção do acesso aos bens da saúde, representando, simultaneamente, novos desafios e novas oportunidades para os países em desenvolvimento.

Da expectativa à plena realidade, muito há que ser superado. No tocante à saúde, esse processo está em formação contínua, mais evidente em tempos atuais.

Entretanto, como evidenciado no capítulo III. 2 – “Saúde nas Relações Internacionais”, percebe-se passividades a serem combatidas, decorrentes principalmente por conta da transversalidade das agendas relacionadas à saúde seja pela concomitância da interface temática ou pela relação de semelhança da governança dos diversos organismos seja pela crescente perda de legitimidade observada junto às organizações da ONU, provocadas, inclusive, pela constituição de organizações, de programas e agências cujos objetivos se interpõem, refletindo esforços repetidos e diluindo os resultados almejados.

A multiplicidade de atores e de agenda no cenário internacional e a ausência de uma coordenação geral efetiva levam, inevitavelmente, à ineficácia e à ineficiência dos esforços envidados. Essa situação tende a piorar com a crise econômica e a redução de financiamento. Ademais, há o aspecto político a considerar, pois sinaliza distintas camadas ideológicas, além de representar uma desconcertante falta de otimização de recursos, levando a perdas de recursos por ingerência integrada e eficaz.

São percebidos também oportunismos ditados pela força econômica assimétrica.

Portanto, a fim de não sucumbir às dificuldades em sustentar o dinamismo que as mudanças estruturais demandam por conta do processo da globalização e pela assimetria tecnológica internacional observada na relação entre os países detentores de poder produtivo e tecnológico (isto é, países

desenvolvidos) com os países com menor capacidade de produção e de P&D, (observado em maior intensidade junto aos países em desenvolvimento), requerem-se ações e políticas públicas voltadas para o fortalecimento e o aprimoramento das suas capacidades endógenas, notadamente nas áreas que necessitam de maior capacidade de inovação tecnológica e produtiva.

Ações essas que devem ser buscadas considerando-se, simultaneamente, uma paradigmática realidade de que o compromisso com os direitos humanos e a responsabilidade humanitária, notadamente na questão relativa à saúde e ao acesso aos seus bens e insumos, não se esgota em suas próprias fronteiras. Questão que vem se discutindo, ultimamente, de forma mais ativa por todo o mundo, conforme preconizam as Declarações do Milênio, de Doha, de Oslo, dentre outras declarações e acordos internacionais firmados entre os países signatários.

Nesse sentido, os fundamentos teóricos das Relações Internacionais adotados na abordagem do presente estudo, isto é, os referentes à Sociedade Internacional e à Economia Política Internacional, vinculam-se mutuamente, onde o diálogo se sustenta seja pela característica *kantiana* a que a saúde se reserva, fundamentada por uma sociedade mundial solidária e humanitária, seja pelo reconhecimento da complexidade e da alta interdependência econômica entre os países e a respectivas relações econômicas internacionais, as quais, inevitavelmente, a saúde se insere.

Portanto, visando a uma ativa inserção sustentável do País junto a um cenário internacional de poderes assimétricos, tem-se na relação do poder e do papel político do Estado o agente fundamental na recuperação e no fortalecimento das economias nacionais, resultando numa relação direta e vital da economia com a política. Essa relação logra resultados a médio e longo prazos quando se considera o espaço de autonomia e de articulações internacionais, reforçando-se a importância da sintonia entre as agendas interna e externa.

No tocante à questão da saúde, o Brasil, principalmente nas duas últimas décadas, conforme apresentado no decorrer desta tese, vem promovendo o seu diálogo com a política exterior e a diplomacia. Diálogo esse

que vem exercendo forte influência no discurso da política externa e na condução dos rumos das suas relações internacionais.

A representatividade da saúde nesse colóquio está pautada:

- (a) na expressão e na consolidação do SUS;
- (b) na hegemonia da relação virtuosa da saúde com o desenvolvimento;
- (c) no reconhecimento de que a ciência, a tecnologia e a inovação promovem a força de uma nação;
- (d) na formulação e na implementação das políticas nacionais voltadas para a consolidação do CEIS;
- (e) na centralidade do bem-estar e da qualidade de vida do cidadão;
- (f) no comportamento do Brasil – nação prudente e sobrevivente, junto aos cenários de crises econômicas internacionais;
- (g) no crescente protagonismo regional e internacional junto às relações Sul-Sul;
- (h) no crescente e efetivo exercício do discurso soberano junto às relações Norte-Sul;
- (i) no sentimento de “pertencimento” à arena global [¹⁷⁹];
- (j) na ampliação do acesso a bens e serviços de saúde e de programas e políticas exitosas do SUS [¹⁸⁰];
- (k) nas ações efetivas junto à Organização Mundial do Comércio em defesa ao acesso a tratamentos, medicamentos e insumos para a saúde;
- (l) no maior reconhecimento externo quanto ao discurso político internacional do Brasil;
- (m) no protagonismo observado nas relações entre nações pares, isto é, entre os países Sul-Sul e
- (n) nas conquistas que projetam o Brasil no discurso ambiental e sócio-cultural [¹⁸¹], promovendo maior consolidação “sócio-ambiental-cultural-econômica”.

¹⁷⁹ Elevando o sentido de identidade nacional, fundamental para situar o discurso político e diplomático do Brasil no mundo, dadas conquistas recentes, como o fato do Brasil ocupar a 6ª economia mundial.

¹⁸⁰ Haja visto o Programa da Saúde da Família, o Programa de Aleitamento Materno, o Programa Nacional de Imunização, as políticas para prevenção e para portadores de HIV, dentre outros.

¹⁸¹ Como a Rio+20, ocorrida em 2012, a Copa do Mundo a realizar-se em 2014, e as Olimpíadas, em 2016.

Portanto, diante da expressiva representatividade, a saúde, além dos princípios de cunho social, carrega a marca da potencialidade de sua aliança entre o desenvolvimento e a relevância social, constituindo mecanismos para a consolidação de um sistema de inovação dinâmico, com efeitos diretos no desenvolvimento nacional e na sua inserção competitiva internacional, ultrapassando fronteiras e favorecendo caminhos internacionais, correlação evidenciada no decorrer do Capítulo IV.

Dito isto, aponta-se o desafio a ser enfrentado que é o fortalecimento da capacidade produtiva nacional da saúde para alcançar uma posição competitiva em um espaço de diversidade, complexidade e conflito, onde intervenções e limitações impostas em fóruns político-econômicos internacionais, e até supranacionais, precisarão ser traduzidas, repensadas e renegociadas para garantir a saúde como condição de bem-estar social e de cidadania, de desenvolvimento da atividade econômica, e de garantia à soberania nacional como bases de participação em um mercado altamente globalizado.

Assim, a agenda de formação de políticas estratégicas para a consolidação dessa política de desenvolvimento produtivo e de inovação para a área da saúde, isto é, o CEIS, ganha diretrizes de forte impacto estruturante para a sustentabilidade e inserção competitiva de uma nação. Formação essa que impacta na proteção à soberania de uma nação e à defesa dos seus principais interesses.

Entretanto, é sob o impacto resultante de extenso desequilíbrio de poderes, observado entre as nações - em que poder é a mola propulsora das relações internacionais, pois afinal “num mundo em que todos tivessem o mesmo poder, não haveria poder”, conforme argumenta Fiori ³² (p. 334), citado no primeiro capítulo do presente estudo -, que se acaba influenciando as agendas de negociações, levando os interesses das nações menos competitivas em CT&IS a serem relegados para segundo plano.

Conclui-se, nesse sentido, conforme observado no decorrer da presente tese, que a capacidade de produção de bens de saúde deve ser traduzida como determinante da capacidade soberana de um país em garantir o direito à

saúde de sua população e reduzir a vulnerabilidade da política de saúde, na medida em que saúde é pré-condição para a soberania de qualquer nação. Afinal, ao mesmo tempo em que um país precisa ampliar o seu acesso a novos mercados e a novos conhecimentos, precisa também obter espaço para a condução das suas políticas públicas.

Sob esse aspecto, no âmbito das políticas sociais e produtivas nacionais, a priorização do Complexo Econômico-Industrial da Saúde tem potencial para o fortalecimento brasileiro ante o cenário globalizado, motivando ao país a capacidade de alcançar uma posição competitiva em um espaço de diversidade e assimetria mundial.

O setor saúde, especificamente o seu Complexo Econômico-Industrial, incorpora a tendência do desenvolvimento na perspectiva da capacidade produtiva e inovativa de bens da saúde e dá sustentação à reformulação das concepções do desenvolvimento que passaram a destacar a área social como elemento essencial, em que o ser humano tem a centralidade nessas concepções. Dada a vulnerabilidade da base produtiva tecnológica endógena, exerce papel estratégico na dinamização da economia e nas articulações da política externa, seja no contexto geopolítico internacional, seja na promoção do comércio internacional, no fortalecimento da capacidade de desenvolvimento regional e internacional ou no fortalecimento das condições de bem-estar social. De forma análoga, aponta-se o papel estratégico do Estado para o fortalecimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, considerando o espaço diverso pautado pela globalização, cuja estrutura desenha-se por forças externas exercendo forte influência sobre processos econômicos e sociais, nacionais e internacionais, em que o Estado precisa atuar.

Dadas a potencialidade e a complexidade relacionadas à saúde e ao desenvolvimento, o CEIS estabelece-se sob as premissas do valor social, ético e econômico da inovação tecnológica. Fundamenta-se na inovação institucional: (a) por meio da articulação e das dinâmicas organizacionais com funções inovativas e difusoras de tecnologias, (b) sob os fundamentos dos marcos regulatórios assim como na regulação da propriedade intelectual, (c)

pelos critérios de regulação na introdução e utilização de novas tecnologias de saúde, estabelecendo-se sob as lógicas de intervenção, de produção, difusão e utilização de tecnologias e pela perspectiva de sustentabilidade da inovação tecnológica por meio da sinergia do modelo de acumulação econômica e o sistema de proteção social em saúde.

Com vistas à consolidação e ao fortalecimento do CEIS, há de se transformar o conhecimento produzido, local ou internacionalmente, em inovações tecnológicas que melhorem o desempenho do setor produtivo nacional no campo da saúde em sua dimensão nacional e global. É nesse contexto desenvolvimentista que se observa o protagonismo do Estado nacional junto à dinâmica das relações internacionais. Observa-se, portanto, o papel estratégico do Estado para o fortalecimento dessa área da saúde. É nesse espaço complexo e conflituoso que o Estado precisa atuar. O desafio, entretanto, é manter o desenvolvimento com inclusão social em um ambiente de maior liberdade econômica fruto da globalização e, ao mesmo tempo, com restrições e limites provocados pelos conflitos de interesses entre os países.

Esta nova configuração, em que o CEIS tem suas diretrizes fortemente influenciadas por uma agenda global, traz benefícios, mas também pauta sérios desafios para a implementação de políticas de saúde, dada a assimetria de forças e de governança dos países que definem esta agenda. Reich ⁶, ao ressaltar as ações de múltiplas forças exercidas sobre o Estado moderno – como, por exemplo, a diminuição do seu papel decorrente da expansão da descentralização ou da crescente influência de organizações não-governamentais, assim como pelos acordos promovidos por agências internacionais e pelo poder de empresas multinacionais - aponta que as mesmas trazem sérias implicações para a saúde pública.

Dito isto, reforça-se o impacto estruturante que se almeja das políticas de desenvolvimento produtivo e de inovação para a área da saúde, para a sua sustentabilidade e para a defesa dos principais interesses e inserção competitiva de uma nação.

O desafio a ser superado refere-se, portanto, à transformação do conhecimento produzido em inovações tecnológicas para atender ao campo da

saúde, por meio do seu Complexo Econômico-Industrial, incorporando a retomada do papel do Estado nacional na dinâmica da transformação econômica e da inovação na área da saúde.

Nesse sentido, o maior desafio nacional na arena internacional é atuar de forma equilibrada e pragmática, sem deixar de considerar como relevante a necessária harmonização da realidade brasileira diante de um contexto globalizado que abriga vulnerabilidade e assimetrias no sistema internacional.

As premissas relacionadas aos valores socioeconômicos da inovação tecnológica expandem-se para a orientação da política externa cuja priorização estabelece as relações de cooperação Sul-Sul. Identifica-se, portanto, no CEIS um ferramental apropriado para o estabelecimento de mecanismos que ultrapassem as vulnerabilidades tecnológicas unilaterais provocadas pela relação de poder internacional observada na condução dos laços (ou “nós cegos”) entre os países do Norte com os países do Sul.

De forma antagônica a essa questão, dado o impacto das relações econômicas transnacionais e da representatividade da força da política econômica internacional, a ação do Estado tende a ficar cada vez mais constricto. O que dá às estratégias governamentais importância fundamental no sentido de se reverter essa condição de limite. Nesse sentido, o papel do Estado e suas políticas estratégicas governamentais fazem a diferença entre levar a nação à consolidação e ao fortalecimento ou à vulnerabilidade externa.

Pode-se inferir que para o governo traçar estratégias e políticas públicas estáveis e duradouras para desenvolver e fortalecer o Complexo Econômico-Industrial da Saúde, favorecendo-se da dinâmica das relações internacionais e dela se tornando ativo e potencial protagonista de cooperações internacionais, (a partir de um modelo horizontal e estruturante junto aos países do Sul e pautado pela indução e/ou pelo fortalecimento da capacidade nacional científica, tecnológica e de inovação em saúde), o Estado deve buscar a promoção de políticas e ações complementares e integradas para o desenvolvimento da ciência, da tecnologia e da inovação em saúde em interface com as políticas interna e externa, cujos resultados esperados estão

embasados em forte perspectiva de evolução tecnológica e de consolidação da gestão estratégica.

Dito isto, prepara-se a nação, simultaneamente, para a concorrência global e para a promoção da sustentabilidade e do acesso aos insumos para a saúde, seja no contexto nacional ou frente às necessidades das nações do eixo Sul-Sul, habilitando, assim, o Brasil para um papel de forte protagonismo no contexto geopolítico internacional.

Segue-se, portanto, à defesa da idéia de que as influências exercidas por intermédio das Políticas de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, voltadas para o fortalecimento do CEIS, visando à consolidação de um sistema de inovação dinâmico com efeitos diretos no desenvolvimento do Brasil e na soberania nacional, têm relação direta com a inserção ativa do País no contexto das suas relações internacionais.

Há de se considerar, entretanto, que o jogo de forças assimétricas no cenário internacional encerra desafios diversos enfrentados no mercado nacional. A liderança tecnológica, portanto, é determinante para a condição hegemônica do Estado no tocante à consolidação de ações de cooperação internacional junto aos países detentores de menor capacidade tecnológica na área da saúde.

Nesse sentido, a inter-relação das políticas nacionais com as relações internacionais se dá efetivamente quando ultrapassados os desafios da incorporação do papel do Estado nacional na dinâmica da transformação econômica e da inovação na área da saúde no Brasil. Logo, para fundamentar a relação de poder existente entre o Estado soberano e a dinâmica da sua política externa no atual contexto da geopolítica internacional, cumpre-se, para tanto, uma agenda de transformações internas, como pré-condição e/ou como consequência da exposição aos mercados externos, o que vem sendo observado, notadamente, na agenda política nacional dos últimos dez anos.

Portanto, a evidência da correlação do Estado no exercício condutor de políticas nacionais, especialmente no que se refere ao CEIS, e de seus reflexos na condução da política externa assegura, inclusive, uma inserção ativa na

questão da saúde global e na condução ao acesso universal a bens e insumos da saúde. O desafio é constante e político, antecedendo, inclusive, ao econômico, não menos importante, requerendo o engajamento ativo e contínuo dos atores nacionais e internacionais.

Cabe considerar no estudo em questão a multiplicidade no exercício da política externa e da diplomacia e o fato de que certos temas, como o da área da saúde, admitam vários portadores de valores, tanto no âmbito local quanto nacional, regional e/ou internacional. Dado o alcance geopolítico que o tema projeta, além do exercício diplomático, a relação da saúde no exercício diplomático requer maior interação e convergência de informações e interesses entre todos os atores internacionais envolvidos: diplomatas, sanitaristas, governantes, ONGS, Organizações Internacionais, Organizações multilaterais, doadores, assim como agentes e grupos sociais e sociedade de forma geral, segmentos produtivos – públicos e privados, nacionais e internacionais, academias, universidades, centros de pesquisa, além do próprio discurso governamental. Discursos que se somam para a compreensão mais apurada dos rumos que se pretende alcançar, notadamente no objeto deste estudo, apresentando, neste eixo histórico do início do Século XXI, mais e maiores contornos doutrinários, cuja consistência analítica, ainda se encontra em fase de construção e consolidação.

Este estudo aponta a saúde cada vez mais inserida nas reflexões político-diplomáticas em que as questões sanitárias estão presentes há largo tempo em diferentes foros de negociação, admitidas em diferentes instrumentos internacionais, ampliando o campo de interesse da saúde para novas percepções a respeito do seu significado e de sua inter-relação com distintas áreas.

Portanto, em decorrência dos instrumentos institucionais e dos marcos internacionais disponíveis para os atores e formuladores de políticas internacionais de saúde que fundamentaram a inserção da saúde no contexto internacional, notadamente a partir da Carta das Nações Unidas, passando pela Conferência de Alma Ata até a Declaração de Oslo, dentre outros firmados

mais recentemente, a partir de 2000 [¹⁸²], vários são os fóruns e mecanismos de decisão que orientam a saúde nas relações internacionais, passando pelas organizações multilaterais oficiais das Nações Unidas até instituições mais recentes como o Grupo dos Oito (G8). É nesse ambiente em rápida transformação que a área da saúde vem se destacando e solidificando na base de uma boa governança, cuja condução, *a priori*, se sustenta (ou deveria se sustentar) nos interesses da sociedade e nas suas necessidades de saúde e de bem-estar.

Porém, uma parte das atividades de P&D, principalmente em países desenvolvidos, tende a ser protegida dentro dos seus países, por motivos de segurança nacional ou proteção à propriedade intelectual e industrial. Cabe destacar que o apoio público à atividade de P&D e inovação nas empresas é uma prática comum nos países desenvolvidos, admitida pela Organização Mundial do Comércio [¹⁸³].

Portanto, a definição da prioridade do foco de desenvolvimento de C&T pode sofrer influência desproporcional por parte dos países industrializados, detentores da maior parte dos recursos de pesquisa.

Lee ¹¹⁴ aponta uma série de experiências no campo da saúde global, cujos resultados observados apresentaram diferentes graus de efetividade, em função de maior ou menor grau de institucionalidade e governança das nações. Além disto, chama a atenção que, para se alcançar impacto realmente global, reflexões mais criteriosas acerca da relevância de ações selecionadas devem

¹⁸² A cada vez maior pactuação dos documentos internacionais traduz a representatividade e a importância crescente do tema da saúde nas Relações Internacionais - como por exemplo: a Declaração do Milênio/ONU (2000), a Declaração de Doha sobre Saúde Pública adotada no âmbito da OMC – Declaração sobre o Acordo TRIPS e Saúde Pública (2001), a Declaração de Oslo – Saúde Global: um tema urgente da Política Externa (2007) – mecanismo voluntário firmado por 7 países, a Resolução 65/95 das Nações Unidas sobre Saúde Global e Política Externa (2011), a Conferência de Monterrey/ONU (2011) e a Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde/OMS(2012).

¹⁸³ Segundo dados do MCT, 2007 - Ciência, Tecnologia e Inovação para o Desenvolvimento Nacional, disponíveis em www.mct.gov.br, na média dos países europeus, por exemplo, 35% das empresas industriais inovadoras no período de 2002 e 2004 receberam financiamento público para o desenvolvimento de suas atividades inovativas. Segundo o relatório, “no Brasil, a proporção de empresas industriais com atividades inovativas que são financiadas pelo governo é especialmente reduzida - 19% no período de 2003-2005”. Diferença ampliada quando considera condições inapropriadas em função do crédito e do respectivo custo. Tendência essa que tenderá a ser revertida em função da criação e da implantação de diversos instrumentos de fomentos e programas de estímulos às indústrias nacionais, públicas ou privadas.

ser feitas *a priori*, evitando que o sucesso das ações não fique “confinado aos países industrializados”. Ressalta-se, ainda, a importância de avaliar a pertinência do estabelecimento de parcerias, que podem trazer forças e interesses antagônicos para a condução das políticas.

No tocante à agenda nacional de saúde de países menos desenvolvidos, em que pesem as diferenças de forças existentes entre os distintos atores globais, as alianças e coalizões intergovernamentais promovem e fortalecem a incorporação de temas importantes para esses países. É o caso, por exemplo, dos esforços focados em doenças negligenciadas, isto é, doenças que não fazem parte da plataforma de pesquisa da indústria mundial de fármacos e que apresentam graves consequências principalmente para os países mais necessitados.

De fato, novos atores em projeção, como o caso das nações do eixo Sul-Sul, instrumentos e a consolidação de novas e antigas iniciativas multilaterais, regionais e intra-regionais [¹⁸⁴], ao dirigirem seus esforços para promover a saúde e o acesso a doenças historicamente negligenciadas, que não mais se restringem às fronteiras institucionais territoriais, podem representar benefícios para alguns países, em especial aqueles sem quaisquer condições de promover o desenvolvimento e fortalecimento de sua base industrial voltada para a saúde.

A constituição de distintos mecanismos de interface entre os países de relação Sul-Sul, discutidos neste estudo, busca fortalecer os países parceiros e criar condições de equilíbrio simétrico entre os assuntos relacionados à saúde e à cooperação internacional dos países, onde o diálogo e a negociação de temas importantes para a saúde global e regional, objetos de debates em fóruns internacionais e o “casamento” entre a saúde e a diplomacia exercem uma nova condição paradigmática na relação da saúde com a área internacional.

Entretanto, dado o caráter humanitário vinculado às questões da saúde, há necessidade de manter prudência antes de generalizar resultados positivos da fusão da saúde internacional com os princípios da política externa. Afinal, é

¹⁸⁴ Unasul, Mercosul, CPLP, BRICS, IBAS, dentre outros

arriscado generalizar a relação da saúde e da política externa como exclusivamente de inspiração altruística. Há de se ponderar essa tratativa com as questões da economia política internacional que refletem as conduções hierárquicas da política externa sob o contexto das relações internacionais.

Por outro lado, a saúde exerce uma definição positivista na agenda da política externa e nas suas relações internacionais na possibilidade da utilização do CEIS como estímulo ao desenvolvimento, no estímulo ao estado de bem-estar do cidadão universal e, conseqüentemente, no estímulo à paz e à cooperação internacional de caráter humanitário e integrador, tornando-se uma resposta efetiva às vulnerabilidades e fragilidades decorrentes da dimensão internacional assimétrica tecnológica e produtiva, às quais as nações do Sul estão inseridas.

A projeção do tema da saúde também ganha especial importância quando se pensa em soberania e segurança nacional. O desenvolvimento e a capacidade produtiva estabelecem uma condição de segurança e de garantia de acesso a medicamentos considerados essenciais para a sobrevivência de uma sociedade. Os ditames das condições do capital e a conseqüente maximização do lucro esperado estabelecem restrições e riscos de considerável periculosidade tanto em países desenvolvidos quanto, principalmente, em países em desenvolvimento. Em 2009, *The New York Times* publicou uma reportagem que ressaltava a preocupação americana com a fabricação de medicamentos no exterior e com o fechamento de fábricas no seu país que forneciam insumos-chave para a produção de medicamentos essenciais para a sua segurança nacional, como por exemplo, a penicilina, criando uma dependência da produção externa e uma situação de vulnerabilidade que não é exatamente muito comum aos americanos.

Em que pese o mundo globalizado ser dependente de insumos, vacinas, medicamentos, dentre outros, principalmente, em situações pandêmicas pode levar uma sociedade ao colapso e deixá-la de “joelhos” perante qualquer situação de risco internacional. A reportagem não distingue o rico do pobre. Portanto, pode-se afirmar que o CEIS se estabelece como diferencial entre ficar em pé ou de joelhos. E que, para tanto, se estabeleçam como propositivas

as condições favoráveis da política externa quanto à integração regional e/ou inter-regional entre países pares, como é o caso do Brasil no eixo Sul-Sul e a respectiva relação com a cooperação internacional, otimizando recursos e maximizando resultados; além da necessária condição de assimilação de conhecimento avançado, o que dá à cooperação Norte-Sul condição de continuidade com vista à ampliação e sustentabilidade do conhecimento e da capacidade produtiva dos segmentos relacionados ao CEIS.

A desvinculação do conhecimento avançado dos países desenvolvidos por parte dos países em desenvolvimento atestaria o suicídio de qualquer política fomentadora de ciência, tecnologia e inovação em saúde de países em desenvolvimento. Portanto, a cooperação Norte-Sul e a cooperação triangular ainda são fundamentais, balizando a capacitação e o desenvolvimento produtivo desses países, desde que orientadas pelos interesses e necessidades das nações do Sul, como é o caso do Brasil.

Nesse sentido, cooperações técnicas, bilaterais e, principalmente, multilaterais internacionais no campo da saúde estão sendo cada vez mais promovidas e o Brasil tem encontrado nos fóruns internacionais espaço e reconhecimento que o diferencia na governança da saúde global e das relações internacionais.

Sob essa perspectiva, o CEIS apresenta a convergência adequada entre o tema social e as questões econômicas, como políticas públicas para a saúde, e a política externa. Contempla a possibilidade de o Brasil reforçar suas políticas estratégicas nacionais, modificando situações internas, atendendo a demandas econômicas e buscando soluções para as deficiências da capacidade produtiva e inovativa em saúde, ao mesmo tempo em que se estabelece como possibilidade de cooperação no cenário internacional e se promove, dadas a atual condução e o protagonismo brasileiro na governança global em saúde, um novo posicionamento do Brasil no contexto internacional.

De fato, o Brasil estabeleceu, na primeira década do Século XXI, o fortalecimento das coalizões entre os países do Sul e, nesse sentido, a cooperação Sul-Sul se tornou “um instrumento duplo na política exterior, servindo tanto como uma forma de promover solidariedade entre os países,

como também um suporte para a realização dos interesses nacionais”⁷⁸ (p. 19), isto é, auxiliando no processo de afirmação do Brasil como ator relevante na política internacional e na promoção do comércio com países do Sul.

Podemos inferir, inclusive, que, ao focarmos nos blocos intergovernamentais, como a Unasul, o Mercosul e a CPLP, destacam-se a convergência de pontos de vista e estratégias feitas de compromissos e cooperações intergovernamentais, baseadas pela percepção conjunta quanto a uma visão geoeconômica e política comum, incluindo os assuntos relacionados à saúde, contornando, estrategicamente, os multilateralismos paralisados pelo expressivo número de participantes e de interesses divergentes.

Dito isto, este estudo aponta ações e atividades de cooperação em saúde junto aos países do Sul que, mesmo ainda incipientes, começam a refletir alguns resultados provenientes da estruturação e da consolidação dessa área na política externa brasileira.

Entretanto, desponta como desafio saber apropriar-se de forma contundente do potencial de cooperação com Cuba, China e Índia e da retomada das ações políticas com os países da África, especialmente a África lusófona, e com os países da América do Sul.

Quanto aos planos multilaterais e regionais, o engajamento nas diversas frentes, reuniões e conferências pode levar à diluição de esforços. Não se pode perder da diretriz que é o fortalecimento da região e do laço Sul-Sul tampouco distanciar-se dos benefícios da relação Norte-Sul.

Ademais, deve-se fortalecer, cada vez mais, o diálogo entre os especialistas das áreas da saúde, da economia e da diplomacia de maneira que se mobilizem para a importância que o tema detém na formulação de políticas externas que favoreçam o discurso da saúde em todas as suas nuances, estimulando o debate de idéias e criando condições de aprimoramento.

Obviamente, o Estado tem papel central na relação da saúde com a política externa, porém outros atores são igualmente importantes, como as

parcerias público-privadas, as empresas e as academias, de modo a que se alcancem melhores níveis de saúde para a sociedade nacional ou internacional.

Além disso, observa-se a interdisciplinaridade da saúde com ações intersetoriais, envolvendo, além do Ministério da Saúde e o Ministério das Relações Exteriores, o Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação e o Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio. Nesse sentido, deve-se buscar maior transparência nos objetivos, fluidez na condução das políticas integradas, além do engajamento dos atores/gestores nacionais e internacionais, evitando interesses corporativistas que impeçam integrações regionais e o fortalecimento mútuo nas condições de saúde pública.

Parafraseando Oswaldo Cruz, a ciência faz as nações fortes. Porém, na atualidade, a ciência se expande, fortalece e integra países. Dito isto, a ciência e o poder da saúde não só fazem as nações mais fortes, como fortalecem a sua integração das nações baseada em objetivos humanitários e em condições de bem-estar socioeconômico.

Hoje, um século depois da afirmação de Oswaldo Cruz, percebemos que essa noção até então aceita como incontestável foi contestada: não é mais a riqueza de uma nação que leva à saúde. É a saúde que se estabelece como parte endógena da geração da riqueza e da força de uma nação. Note que não nos detemos no conceito de força como algo bélico, voltado para a segurança ou para a guerra, típico da abordagem realista das relações internacionais. A força e a riqueza emergem no sentido do protagonismo entre os pares, em que as vulnerabilidades tecnológicas e produtivas são combatidas com base no fortalecimento da capacidade científica e tecnológica das nações.

Vale destacar que as parcerias brasileiras e demais países do Sul que visam o acesso ao conhecimento e aos bens e insumos voltados para a saúde vinculam-se a projetos estruturantes, promotores e incentivadores do desenvolvimento autônomo do país parceiro. O que pode ser traduzido como fase inicial e vinculante para uma situação de maior equilíbrio entre os países, excluindo a perspectiva de submissão aos ditames, até então, observados na relação entre os países do Norte e países do Sul, sugerindo que transferências

de tecnologia e cooperações técnicas internacionais requerem um país receptor com condições adequadas para sustentar, a curto e médio prazos, a nova fase tecnológica. Situação essa ainda observada na totalidade dos países do eixo Sul-Sul em função da heterogeneidade das condições assimétricas econômicas e produtivas

Foram observados neste estudo resultados ainda iniciais no que se refere à cooperação técnica internacional. Entretanto, o CEIS projeta o Brasil, diferenciando o País e projetando-o como protagonista nas relações entre os países do eixo Sul-Sul, notadamente os destacados neste estudo: países da América do Sul, da América Central e países africanos.

A ainda incipiência dos resultados observados pode ser justificada em função da contemporaneidade do tema na agenda, da recente implantação das políticas nacionais de C,T&IS e das características produtivas particulares dos segmentos do CEIS (da maturação da P&D ao processo produtivo do insumo para a saúde, como é o caso da produção de fármacos).

Portanto, a discussão efetiva acerca da cooperação internacional em saúde é recente, assim como o reconhecimento do CEIS como propulsor do desenvolvimento e das condições de saúde. Considerando a inevitabilidade da ordem global, onde a globalização e o capitalismo orientam fortemente os ditames econômicos político e internacionais, o CEIS é restrito se pensado unicamente entre fronteiras. Ao contrário, ganha forças se ultrapassá-las, tornando-se mais forte para superar as vulnerabilidades e fragilidades tecnológicas, frutos das assimetrias que imperam no sistema mundial. Portanto, o CEIS é um recurso que estabelece como possível a relação social e a política econômica, exercendo-se como uma referência no contexto geopolítico e econômico nas questões relacionadas à saúde e, simultaneamente, induzindo e estabelecendo o desenvolvimento nacional, assim como o desenvolvimento regional/inter-regional.

Em função do contexto internacional em implantação em que o desenvolvimento se sustenta sob as bases das condições humanas – o que pode ser evidenciado nas diretrizes, nos consensos e pactos internacionais formulados -, há ainda muito a ser refletido sobre a nova abordagem da saúde

global e sobre os paradigmas relacionados aos temas sociais (saúde) e econômicos onde o Estado se insere em uma perspectiva ampliada, ao mesmo tempo em que necessita consolidar novos conhecimentos, novas tecnologias e capacidades produtivas em prol da saúde pública interna. A atuação do Estado, portanto, além de focar na condução e no fortalecimento dos seus interesses nacionais, deve convergir sua atuação em conformidade com os interesses pactuados em foros internacionais e junto aos demais atores externos, fortalecendo seu posicionamento na política externa.

Projetos e parcerias focadas em relações de cooperação humanitária e doações são observados com maior frequência entre o Brasil e os países analisados neste estudo. O que demonstra o caráter humanitário assumido pelo Brasil junto aos países mais necessitados.

Entretanto, uma vertente não está desvinculada da outra, isto é, a cooperação com perfil humanitário não inibe a condição de existência da cooperação técnica internacional. Porém, condições assimétricas das capacidades produtivas de cada país podem justificar *timing* e condições diferentes de assimilações dos projetos em parcerias.

Vale destacar que há um longo caminho a percorrer.

Porém em sentido mais positivo, alguns resultados provenientes de esforços do Brasil, voltados para países que não têm condições de promover o desenvolvimento e o fortalecimento da sua base produtiva para a saúde, podem ser destacados como exemplos concretos no sentido de ampliar o acesso a medicamentos [¹⁸⁵].

O estudo destacou experiências exitosas relacionadas à cooperação internacional em saúde no que se refere aos temas HIV/AIDS e Bancos de Leite Humanos.

Quanto ao primeiro tema, a África é a principal referência de cooperação brasileira. Em que o destaque, atualmente, é a instalação da fábrica de medicamentos do governo de Moçambique para a produção de antirretrovirais

¹⁸⁵ Como é o caso dos medicamentos para as doenças negligenciadas. Em relação ao Mal de Chagas, o Brasil se estabelecerá como provedor mundial de medicamentos em função da associação de laboratórios públicos e privados e da parceria com a Organização Médico Sem Fronteiras.

e outros medicamentos (antibióticos, antianêmicos, anti-hipertensivos, antiinflamatórios, hipoglicemiantes, diuréticos, antiparasitários e corticosteróides), medicamentos esses que tenderão a atender as demandas de outros países africanos, além da instalação de um escritório da Fiocruz em Moçambique com potencial para fortalecer cooperações em saúde com o continente africano.

Quanto aos Bancos de Leite Humanos, referência da Fiocruz, este tema é a principal referência de cooperação na dimensão científica e tecnológica com a América Latina e Caribe.

Ações políticas e atuação das Comissões Intergovernamentais focadas ao acesso universal a medicamentos e ao fortalecimento da capacidade produtiva regional têm resultado em compromissos pactuados entre os países partícipes do Mercosul, da Unasul e da CPLP. Dentre eles, a criação do ISAGS representa uma importante estratégia que alia a coalizão entre a expertise da saúde e da diplomacia dos países partícipes da Unasul, cuja defesa pela saúde, incluindo o fortalecimento do CEIS, é o seu principal mote.

Cuba, dentre os países da América Central, representa a dualidade da cooperação internacional brasileira. Sua importância está na oferta e na demanda por ações de cooperação entre os países, destacando-se acordos de cooperação para a promoção da capacitação tecnológica do CEIS focados em produtos de alto valor tecnológico agregado.

Este estudo reconhece o papel estratégico que a Fundação Oswaldo Cruz vem exercendo no contexto desta análise: “tida como Instituição Pública Estratégica de Estado para a Saúde, alinhada ao conceito de saúde e diplomacia”. As principais e a grande maioria das ações aqui evidenciadas são protagonizadas por essa instituição que se destaca internacionalmente com ações de grande efetividade, estruturação e transformação junto aos países do eixo Sul-Sul.

Portanto, ainda que partam de uma premissa adequada – o desenvolvimento produtivo nacional e a sustentabilidade de suas ações, as recomendações para a inter-relação da saúde com as relações internacionais

tornar-se-ão utópicas se não forem adequadamente conciliadas entre os diversos atores envolvidos: Estado, instituições públicas e privadas e sociedade civil. Ações que passam pela negociação da balança comercial, de salvaguardas e de incentivos para proteção da prática do *dumping*, estímulos à produção interna, acordos que promovam políticas que otimizem o aumento de emprego no setor, negociação de assistência econômica e financeira para o enraizamento das empresas nacionais, regulação e marco regulatório transparente, poder de compra garantido, garantia à sustentabilidade ambiental, atendimento prioritário às demandas da sociedade e do SUS, dentre outras.

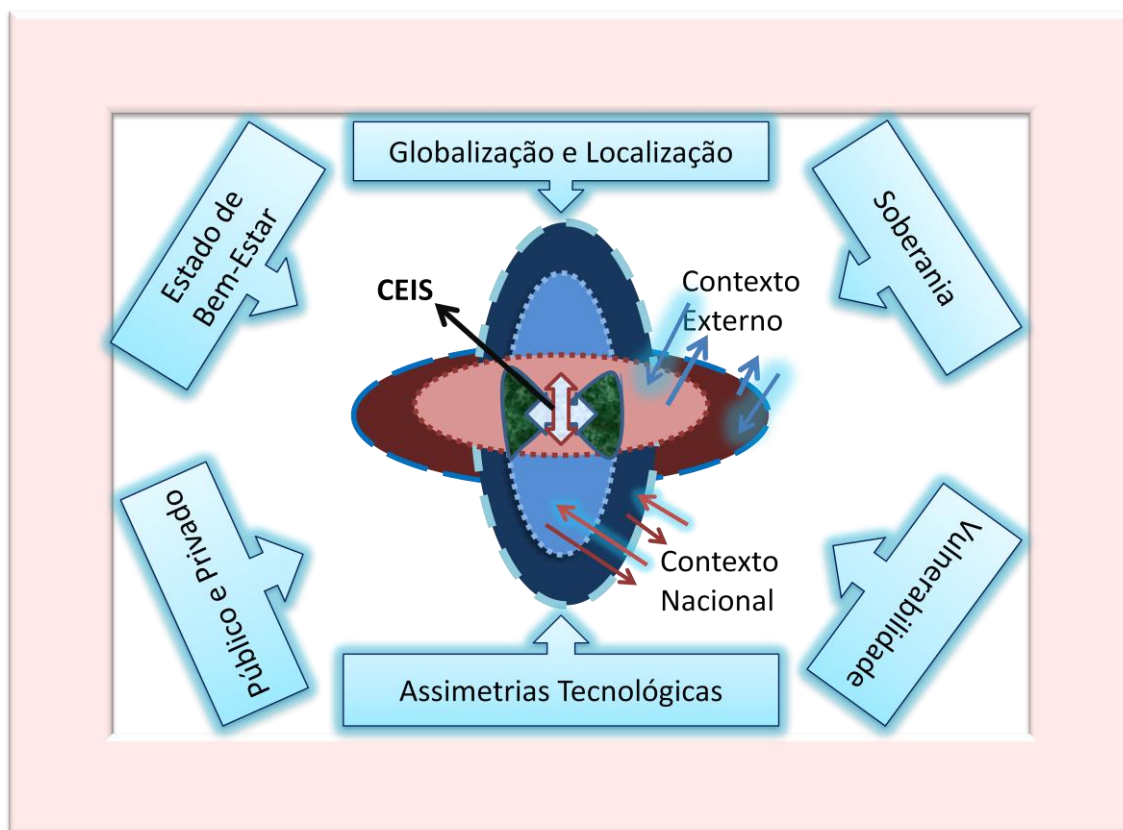
Essas são diretrizes repletas de bom senso, mas tornam-se incompatíveis se não houver coesão entre os atores envolvidos. O discurso dividido movimentava as forças que presidem suas ações para direções divergentes e opostas entre si.

Finalmente, este trabalho não tem a pretensão de esgotar o tema em questão, tampouco é conclusivo em si mesmo. Entretanto, oferece subsídios para novas linhas de pesquisa, ampliando alternativas para novos campos de discussão. Apresenta referências e indicações para reflexões quanto ao desenvolvimento científico tecnológico como um método apropriado para enfrentar questões complexas, como a saúde inserida no contexto das relações internacionais.

Os capítulos apresentados neste estudo, a partir de pesquisa exploratória, têm no Complexo Econômico-Industrial da Saúde, sua principal linha condutora. Nesse sentido, procuramos ampliar a discussão da relação intrínseca do CEIS com as Relações Internacionais.

A Figura 7, a seguir, representa os principais elementos destacados no decorrer desta tese que impactam, desafiam e estimulam essa relação.

Figura 7: CEIS e Relações Internacionais: Categorias Centrais



Elaboração Própria.

Isso posto, observamos que o CEIS permite o diálogo entre as teorias das Relações Internacionais, apresentando-se sob a perspectiva humanitária e social, projetada pela Sociedade Internacional e estabelecendo-se, mais claramente, na visão da Economia Política Internacional, em que se descreve a perspectiva da inserção brasileira no contexto internacional na interação complexa entre política e economia, entre Estados e mercados ^{14,20,24} e em que o poder efetivo do Estado no sistema internacional é inversamente proporcional a sua **vulnerabilidade externa** ²².

Ganha destaque neste estudo o impacto da economia mundial de mercado sobre as relações dos Estados e as maneiras pelas quais esses

Estados tentam tirar vantagem influenciando as forças de mercado ^{14,20}. Essa evidência tem relação direta com o exercício efetivo do CEIS.

Sob mais uma perspectiva, o CEIS encontra na questão da **soberania** estatal, instituição estratégica que move o funcionamento hierárquico do poder global, uma estreita relação entre o desenvolvimento econômico e a sustentabilidade da soberania.

Porém, relações assimétricas de poder proporcionam fontes de influência frente às relações com os demais atores. Logo, a interdependência assimétrica gera relações de poder de um ator sobre os demais ³⁵. O CEIS é desafiado para promover potencialidades para superação de **assimetrias tecnológicas, assimetrias econômicas e de poder** provocadas pela **globalização**, a partir de abordagens que promovam o conhecimento e a inovação como fatores determinantes das transformações estruturais e do dinamismo econômico.

Como consequência, observamos, no decorrer deste estudo, que o Estado ganha potencialidade na agenda contemporânea e na relação de poder. O exercício do seu papel político é central na indução das mudanças nacionais, em uma relação direta com as estruturas econômicas e políticas internacionais. Logo, o CEIS, a partir do entendimento do papel estratégico desempenhado pelo Estado, encontra-se inserido na essência das relações internacionais.

Em que pesem o pluralismo mundial e a respectiva inserção do País no contexto internacional, esta tese ressalta algumas questões como fundamentais para o posicionamento efetivo e sustentável do CEIS no contexto das relações internacionais, aliando a lógica econômica e social com o determinismo na criação de oportunidades para o desenvolvimento local e nacional, assim como regional, inter-regional e global. São fundamentais, portanto: (a) o posicionamento do País no contexto geopolítico e econômico internacional; (b) a base de conhecimentos; (c) a estrutura produtiva; (d) o nível de desenvolvimento; (e) a **relação de bem-estar** social e (f) a interação dos segmentos produtivos e de serviços no escopo dos esforços **públicos e privados** nacionais em prol do fortalecimento do desenvolvimento produtivo e inovativo.

Fundamenta-se, portanto, a ligação do Complexo Econômico-Industrial da Saúde na relação entre a política e a economia, o desenvolvimento e a natureza da extensão da **globalização**.

A questão do CEIS é, portanto, fio condutor explícito e implícito na abordagem da economia política internacional na medida em que sinaliza as categorias centrais que se mesclam à discussão contemporânea das relações internacionais e da política externa: globalização e localização; relações público-privadas; vulnerabilidades externas e internas; assimetrias tecnológicas, econômicas e de poder; soberania e estado de Bem-estar.

Finalmente, sob os argumentos da política externa brasileira apresentados no decorrer desta tese, o CEIS, a partir do seu caráter estratégico, exerce potencialidades para destacar o Brasil na agenda internacional com as nações do Sul, baseadas no exercício das cooperações multilaterais e nos laços horizontais.

Esperamos, portanto, que esta tese possa contribuir fornecendo subsídios para provocar reflexões quanto à importância e ao papel do CEIS na agenda da política externa brasileira e quanto à sua representatividade estratégica, nacional e internacional, notadamente junto aos países do eixo Sul-Sul, seja na luta contra as vulnerabilidades econômicas e tecnológicas que comprometem a saúde das sociedades, seja no fortalecimento nacional, regional e inter-regional, seja no estabelecimento do País como nação solidária e cooperante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kickbusch I, Berger C. [Global health diplomacy](#). *RECIIS - R. Eletr. Com. Inf. Inov. Saúde*, 2010; 4(1):18-22.
2. Gadelha CAG. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2003; 8(2):521-535.
3. Gadelha CAG. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. *Revista Saúde Pública*, 2006; 40(N. Esp.):11-23.
4. Gadelha CGA, Quental C, Castro Fialho B. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 2003; 19(1):47-59.
5. Gadelha CGA, Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011, 16(6):3003-3016.
6. Reich MR. Reshaping the state from above, from within, from below: implications for public health. *Social Science and Medicine*, 2002; 54(11):1669-75.
7. Gonçalves R. *Globalização e desnacionalização*. São Paulo: Paz e Terra; 1999.
8. Buss PM. Globalização, pobreza e saúde. *Ciência, Saúde Coletiva*, 2007; 12(6):1575-89.
9. Vigevani T, Oliveira M, Cintra R. Política externa no período FHC: a busca de autonomia pela integração. *Tempo Social - USP*, nov. 2003; 15(2):31-61.
10. Buss P, Ferreira JR. Diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul: as experiências da Unasul saúde e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). *RECIIS - R. Eletr. Com. Inf. Inov. Saúde*, 2010; 4(1):106-118.

11. Cuenca AMB, Andrade MTD, Noronha DP, Ferraz MLEF. Guia de apresentação de teses: Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. 2 ed. Atual. São Paulo: A Biblioteca; 2008.
12. Creswell J. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
13. Marconi M, Lakatos E. Metodologia do trabalho científico. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2001.
14. Jackson R, Sorensen G. Introdução às relações internacionais: teorias e abordagens. Rio de Janeiro, Jorge Zahar; 2007.
15. Nogueira J, Messari N. Teoria das relações internacionais. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
16. Oliveira OM, Ri Junior AD. Relações internacionais: interdependência e sociedade global. Ijuí: Unijuí; 2003.
17. Castro MF. Política e relações internacionais. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2005. 188 p.
18. Bull H. International theory: the case for a classical approach. In: Knorr K, Rosenau JN. (Eds.). Contending approaches to international politics. Princeton University Press; 1969. p. 20-38.
19. Wight M, Wight G, Porter B. International theory: the three traditions. Leicester: Leicester University Press; 1991.
20. Gilpin R. The political economy of international relations. Princeton: Princeton University Press, 1987.
21. Gonçalves R. O nó econômico. Rio de Janeiro: Record; 2003.
22. Gonçalves R. Economia política internacional: fundamentos teóricos e as relações internacionais. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
23. Bobbio N. Dicionário de política: Norberto Bobbio, Nicola Matteucci e Gianfranco Pasquino. v. 2. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2007.

24. Gilpin R. Global political economy. Understanding the international economic order. Princeton: Princeton University Press; 2001.
25. Wallerstein I. The modern world system. New York: Academic Press; 1974.
26. Wallerstein I. Após o liberalismo: em busca da reconstrução do mundo. Petrópolis: Vozes; 1995.
27. Wallerstein I. A reestruturação capitalista e o sistema-mundo: In: Gentili P. (Org.). Globalização excludente. São Paulo: Vozes; 1999.
28. Wallerstein desfaz a ilusão do progresso. Folha de São Paulo, 10 fev. 2002. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/brasil/fc1002200214.htm>>. Acesso em: 19 set. 2010.
29. Wallerstein I. The capitalist world-economy. Cambridge: Cambridge University Press; 1979.
30. Fiori JL. O poder global e a nova geopolítica das nações. São Paulo: Boitempo; 2007.
31. Fiori JL. O poder americano. Petrópolis: Vozes; 2004.
32. Fiori JL. O poder global e a nova geopolítica das nações. Crítica y Emancipación, 2009; 2:157-183.
33. Correa LF. Política externa e identidade nacional brasileira. Política Externa, 2000; 9(1):22-32.
34. Lafer C. O cenário mundial e o relacionamento União Européia / Mercosul. Política Externa, 2000; 9(1):91.
35. Ricobom G. Aspectos da teoria da interdependência no contexto das relações internacionais contemporâneas. In: Oliveira OM, Dal Ri Júnior A. (Orgs.). Relações internacionais: interdependência e sociedade global. Ijuí: Unijuí; 2003.
36. Jaguaribe H. Brasil e mundo na perspectiva na perspectiva do século XXI. In: Política Externa, 2000; 9(1):421-448.

37. Magnoli D, Cesar LFP, Yang P. Em busca do interesse nacional. *Política Externa*, 2000; 9(13):32-50.
38. Gadelha CAG. Desenvolvimento e saúde: em busca de uma nova utopia. *Saúde em Debate*, 2007; 19(71):326-327.
39. Lastres H, Cassiolato J, Lemos C, Maldonado J, Vargas M. Globalização e inovação localizada. In: Cassiolato J, Lastres H. (Orgs.). *Globalização e inovação localizada: experiências de sistemas locais no Mercosul*. Brasília: IBICT; 1999.
40. Benjamin C, et al. *A opção brasileira*. Rio de Janeiro: Contraponto; 1998.
41. Cassiolato J, Lastres H. Inovação, globalização e as novas políticas de desenvolvimento industrial e tecnológico. In: Cassiolato J, Lastres H. (orgs.), *Globalização e inovação localizada: experiências de sistemas locais no Mercosul*. Brasília: IBICT; 1999.
42. Cassiolato J. A economia do conhecimento e as novas políticas industriais e tecnológicas. In: Lastres HMM, Albagli S. *Informação e globalização na era do conhecimento*. Rio de Janeiro: Campus; 1999. p. 164-190.
43. Cassiolato J, Lastres H. Sistemas locais de inovação: uma introdução. In: CASSIOLATO, José; LASTRES, H. (Orgs.). *Globalização e inovação localizada: experiências de sistemas locais no Mercosul*. Brasília: IBICT; 1999.
44. Diniz Eli. (org.) *Globalização, estado e desenvolvimento: dilemas do Brasil no novo milênio*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007.
45. Berlinguer G. Globalização e saúde global. *Estudos Avançados*, 1999; 13(35):21-38.
46. Instituto de Pesquisa Economica Aplicada. *Mudanças na ordem global: desafios para o desenvolvimento brasileiro*. Brasília: IPEA; 2011.
47. Brasil. Ministério da Ciência e Tecnologia. *Ciência, Tecnologia e Inovação para o Desenvolvimento Nacional. Plano de ação 2007-2010: resumo. Investir e Inovar para Crescer*. Brasília: MCT; 2007.

48. Lima DM. A política econômica externa e a política doméstica: a crise da dívida externa brasileira no final do Século XX. [Dissertação]. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Rio de Janeiro; 2008.
49. Frias Filho O. Brasil, 2050: um horizonte geopolítico. Folha de São Paulo, 10 abr. 2011. Caderno Ilustríssima. Disponível em: <www1.folha.uol.com.br/ilustrissima/900377-brasil-2050.shtml>. Acesso em: 13 out. 2011.
50. Lima MRS. Tradição e inovação na política externa. Rio de Janeiro: Plataforma Democrática; 2010. Working paper n. 03, jul. 2010. Disponível em: www.plataforma-democratica.org.br. Acesso em: 28 nov. 2011.
51. Baumann, R. (Org). O Brasil e os demais BRICs: comércio e política. Brasília: CEPAL; 2010.
52. Jaguaribe H. Mercosul e a nova ordem mundial. In: Hugueney Filho C, Cardim C. Grupo de reflexão prospectiva sobre o Mercosul. Brasília: FUNAG; 2003; p. 41-46.
53. Pizza O. Contextualizando o Mercosul. In: Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial. Integração produtiva: caminhos para o Mercosul. Brasília: ABDI; 2010. p. 46-55. Cadernos da indústria ABDI.
54. Almeida C. Saúde global e diplomacia da saúde: um Início de diálogo entre saúde e relações internacionais. *RECIIS - R. Eletr. Com. Inf. Inov. Saúde*, 2010; 4(1):1-2.
55. Simões MRA. Livro na rua n. 25. Brasília: OMS/FUNAG; 2009. Diplomacia ao alcance de todos.
56. Buss PM, Ferreira JR. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. *RECIIS - R. Eletr. Com. Inf. Inov. Saúde*, 2010; 4(1):46-58.
57. Santarosa FC. Agências e organismos internacionais na área da saúde. mimeografado.

58. Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde nas Américas, 2007. Washington, D. C: OPAS; 2008. 2 v. Publicação científica e técnica, 622.
59. Fidler D. Health as foreign policy: harnessing globalization for health. Health Promotion International, 2007; 21(Supl. 1):51-58.
60. Rubarth E. A Diplomacia brasileira e os temas sociais: o caso da saúde. Brasília: Instituto Rio Branco, Fundação Alexandre Gusmão, Centro de Estudos Estratégicos; 1999. Curso de altos estudos do Instituto Rio Branco.
61. Pellegrini Filho A. Conselho Executivo da OMS aprova resolução sobre a CMDSS: 08.02.2012. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/2012/02/conselho-executivo-da-oms-aprova-resolucao-sobre-a-conferencia-mundial-sobre-determinantes-sociais-da-saude/>>. Acesso em: 10 mar. 2012.
62. Hoegen M. Especialistas defendem a reformulação das metas do milênio. DW - Deutsche Welle. 12 fev. 2012. Disponível em: <<http://www.dw.de/especialistas-defendem-reformula%C3%A7%C3%A3o-das-metas-do-mil%C3%AAnio/a-15733597>>. Acesso em: 10 mar. 2012.
63. Schmitz G, Lima J, Campos R. Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional: primeiro levantamento de recursos investidos pelo governo federal. Boletim de Economia e Política Internacional, 2010; 03:35-45.
64. Buss P. Brazil: structuring cooperation for Health. The Lancet, 2011; 377(9779):1722-1723.
65. Victora CG. et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde: o caminho a percorrer. The Lancet, maio 2011; 90-102. (Saúde no Brasil).
66. World Health Organization. Relatório sobre a saúde no mundo, do ano 2000. Geneva: WHO, 2001. Disponível em: <http://www.who.int/research/en/>
67. Buss P, Chamas C. Um novo modelo para a pesquisa em saúde global. Jornal Valor Economico, 31 ago. 2012. Disponível em: <<https://conteudoclipingmp.planejamento.gov.br/cadastros/noticias/2012/8/31/um-novo-modelo-para-a-pesquisa-em-saude-global>>. Acesso em: 03 set. 2012

68. Joy-Ogwu U. La cooperación Sur-Sur: problemas, posibilidades y perspectivas en una relación emergente. Nueva Sociedad, 1982; (60):27-38.
69. United Nations Development Programme. Forging a global south. United Nations day for South-South Cooperation. New York: UNDP; 2004. Disponível em: <<http://ssc.undp.org/content/ssc.html>>. Acesso em: 15 maio 2012.
70. Simplício F. South-South cooperation: policy framework, current context, and future perspectives. In: Forum Sul-Americano de Cooperação Internacional em Saúde; 2011. Rio de Janeiro: Redessul, 2011.
71. Gonçalves FCNI. Cooperação Sul-Sul para o desenvolvimento e sua dimensão estratégica na política externa do Governo Lula. In: Seminário Nacional de Sociologia e Política: tendências e desafios contemporâneos, 2., Anais do Evento... Paraná: UFPR; 2010. Disponível em: <www.seminariosociologiapolitica.ufpr.br>. Acesso em: 12 abr. 2012.
72. Ayllón Pino B, Leite IC. O Brasil e a Cooperação Sul-Sul: contribuições e desafios. Meridiano, 2009; 47(113):17-18.
73. Ayllón B. La cooperación internacional para el desarrollo: fundamentos y justificaciones en la perspectiva de la teoría de las relaciones internacionales. Carta Internacional. 2007; 2(2):32-47.
74. Saraiva MG. As estratégias de cooperação Sul-Sul nos marcos da política externa brasileira de 1993 a 2007. Revista Brasileira de Política Internacional, 2007; 50(2):42-59.
75. Ferreira W. Política externa do Governo Lula: coalizões ao Sul como alternativa multilateral. Revista Debates, Porto Alegre, 2009; 3(1):100-125.
76. Thomas C. How can south-south cooperation contribute to a knowledge-based development strategy? United Nations Development Programme. Designing the future: south-south cooperation in science and technology. New York: UNDP; 2000. p. 49-59.
77. Hassan M. Challenges, opportunities and strategies for South-South cooperation in science and technology in the 21st century. In: Rath A, Lealess S.

(Eds.). Technology for people: Forum on South-South cooperation in science and technology (FOSAT). Ottawa: Policy Research Internacional Inc.; 2000. p. 29-42.

78. Gonçalves F. A Cooperação Sul-Sul para o desenvolvimento na agenda diplomática do governo Lula. Mundorama - Divulgação Científica em Relações Internacionais, 08 abr. 2011. Disponível em: <www.mundorama.net>. Acesso em: 12 abr. 2012.

79. Instituto de Pesquisa Economica Aplicada. Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional: 2005-2009. Brasília: IPEA, 2010. 78 p.

80. Wallerstein I. Brasil e o sistema-mundo: a era Lula. Comentário: Binghamton University; 01 set. 2003; 120. Disponível em: <<http://fbc.binghamton.edu/120gp.htm>>. Acesso em: 12 out. 2010.

81. Haass R. The Age of Nonpolarity: What Will Follow US Dominance? Foreign Affairs, New York, 2008; 87(3):94-110.

82. Dupas G. Atores e poderes na nova ordem global: assimetrias, instabilidades e imperativos de legitimação. São Paulo: Editora UNESP; 2005.

83. Brasil. Ministério das Relações Exteriores. Disponível em: www.itamaraty.gov.br

84. Barbosa R. Mercosul 20 anos depois. O Estado de S. Paulo, 12 abr. 2011.

85. Palacios A. Mercosul faz 20 anos sem comemorar. O Estado de S. Paulo, 26 mar. 2011.

86. Brasil. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. Disponível em: <http://www.mdic.gov.br/sitio/>

87. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano estratégico 2008-2012. Washington, D. C.: OPAS; 2009. Documento Oficial, 328.

88. Organização Pan-Americana da Saúde. Agenda da Saúde para as Américas 2008-2017. Panamá: OPAS; 2007.

89. Temporão J. Cooperação Sul-Sul e complexo econômico-industrial da saúde. In: Ciclo de Debates sobre Bioética, Diplomacia e Saúde Pública,

Núcleo de Estudos sobre Bioéticas e Diplomacia em Saúde – NETHIS. Brasília: Universidade de Brasília; 2011.

90. Buss PM. A Unasul saúde. Le monde diplomatique Brasil. Caderno Diplomacia Sul-Americana, 2009; 26:30-31.

91. Carneiro IP. (Coord.). América do Sul e África: um olhar próprio. Livros para conhecer os dois continentes. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão; 2009. 504 p.

92. Brasil. Ministério das Relações Exteriores. 2012. Disponível em: www.mre.gov.br

93. Herlt C. Cooperação triangular: o papel das parcerias na cooperação Sul-Sul. In: Forum Sul-Americano de Cooperação Internacional em Saúde, 2011. Rio de Janeiro: Redessul; 2011.

94. Almeida C, Campos R, Buss P, Ferreira J, Fonseca L. A concepção brasileira de 'cooperação Sul-Sul estruturante em saúde'. *RECIIS - R. Eletr. Com. Inf. Inov. Saúde*, 2010; 4(1):25-35.

95. Stiglitz J. Ajuste nas pesquisas. *Jornal O Globo*, 28 maio 2012, p. 6.

96. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conta-satélite de saúde, Brasil: 2007-2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2012. Contas nacionais nº 37.

97. Guimarães R. Pesquisa em saúde no Brasil: contexto e desafios. *Rev Saúde Pública*, v. 40, p. 3-10, 2006. Edição especial.

98. Guimarães R. Bases para uma política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2004; 9(2):375-387.

99. Viana ALA, Elias PE. Saúde e desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2007; 12(Supl):1765-177.

100. Gadelha CGA, Costa L. Integração de Fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 2007; 23(Supl. 2):S214-S226.

101. Brasil. Ministério da Saúde. Programa mais saúde: direito de todos 2008-2011 (PAC Saúde). Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007.

102. Brasil. Ministério de Ciência e Tecnologia. Ciência, Tecnologia e Inovação para o Desenvolvimento Nacional. Plano de Ação 2007-2010. PAC da Inovação. Brasília: MCT; 2007.

103. Brasil. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. Política de desenvolvimento produtivo. Inovar e investir para sustentar o crescimento. Brasília: MDIC; 2008. Disponível em: <<http://www.mdic.gov.br/pdp/arquivos/destswf1224095287>>. Acesso em: 20 out. 2011.

104. Brasil. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. Brasil maior. Inovar para competir. Competir para crescer. Plano 2011 - 2014: texto de referência. Brasília: MDIC; 2011. Disponível em: http://www.brasilmaior.mdic.gov.br/wp-content/uploads/2011/08/plano_brasil_maior_textodereferencia.pdf. Acesso em: 28 jan. 2012.

105. Brasil. Política industrial, tecnológica e de comércio exterior. 2003. Disponível em: <<http://www.camarae.net/upload/20031126Diretrizes.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2011.

106. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Mais saúde: direito de todos: 2008 - 2011. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 164 p.

107. Brasil. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. Estratégia Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação 2012 – 2015. Balanço das Atividades Estruturantes 2011. Brasília: MCTI; 2012.

108. Cunha PR. **A relação entre meio ambiente e saúde e a importância dos princípios da prevenção e da precaução.** Jus Navigandi, Teresina, 2 abr. 2005; 10(633). Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/6484>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

109. McMichael AJ. Campbell-Lendrum D, Ebi K, Corvalan C. Climate change and human health: risks and responses. Geneva: World Health Organization; 2003.

110. Shaw M. Global society and global responsibility. Millennium, 1992; 21:421-34.
111. Cooperação Saúde: Boletim da Atuação Internacional Brasileira em Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, maio 2011; (4). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2011/Ago/23/boletim4_port_180811.pdf
112. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório de gestão 2010 da Assessoria de Assuntos Internacionais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 84 p.
113. Celso Amorim em entrevista. Cooperação Saúde, Boletim de Atuação Internacional Brasileira em Saúde do Ministério da Saúde, 2010; 2:4-5.
114. Lee, K. 20 best resources on globalization. Health Policy and Planning, 2005; 20(2):137-139.

BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS

Akyuz Y. Impasses do desenvolvimento. *Novos Estudos CEBRAP*, 2005; 72:41-56.

Bettcher D, LEE K. Globalisation and public health. *J Epidemiol Community Health*, 2002; 56:8-17.

Blouin C. Trade policy and health: from conflicting interests to policy coherence. *Bulletin of the World Health Organization*, 2007; 85:169-173.

Brasil. Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social. *Agenda para um novo ciclo de desenvolvimento*. Brasília: CDES; 2010.

Brown T, Cueto M, Fee E. Public health then and now. *American Journal Public Health*, 2006; 96:62-72.

Cassiolato J. *As novas políticas de competitividade: a experiência dos principais países da OCDE*. Rio de Janeiro: IE/UFRJ; 1996. Texto para discussão, n. 367.

Cassiolato J. *Innovation and the dynamic competitiveness of Brazilian industry: the role of technology imports and local capabilities*. Rio de Janeiro: UFRJ; 1996. Texto para discussão, n 366.

Cassiolato J, Lastres H. *Globalização e inovação localizada: experiências de sistemas locais no âmbito do Mercosul e proposições de políticas de C&T: Inovação, globalização e as novas políticas de desenvolvimento industrial e tecnológico*. Rio de Janeiro: UFRJ; 1998. Nota Técnica, 21. Disponível em: <<http://www.redesist.ie.ufrj.br/nt.php?projeto=lv31>>. Acesso em: 01 nov. 2011.

Castro MF. *Política e relações internacionais*. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2005. 188 p.

Chaves GC, Oliveira MA, Hasenclever L, Melo LM. *A evolução do sistema internacional de propriedade intelectual: proteção patentária para o setor farmacêutico e acesso a medicamentos*. *Caderno de Saúde Pública*, 2007; 23(2):257-267.

Condurú M, Pereira JA. *Elaboração de trabalhos acadêmicos: normas, critérios e procedimentos*. 4. ed. Belém: UFPA; 2010.

Cornia GA. Globalization and health: results and options. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001; 79:834-841.

Cox R. Social forces, states and world orders. *Millennium*, 1981; 10:126-55.

Cox R. Global restructuring: making Sense of the Changing International Political Economy. In: Stubbs R, Underhill R, (eds.). Political economy and the changing global order. London: Macmillan; 1994. p. 45-60.

Creswell JW, Miller D. Determining validity in qualitative inquiry. Theory into Practice, 2000; 39(3):124-130.

Dollar D. Is globalization good for your health? [Bulletin of the World Health Organization](#), 2001; 79(9):827-33.

Draibe SM. Coesão social e integração regional: a agenda social do MERCOSUL e os grandes desafios das políticas sociais integradas. Cadernos de Saúde Pública, 2007; 23(Supl. 2):174-183.

Elzinga A. A UNESCO e a política de cooperação internacional no campo da ciência. In: Maio MC. (orgs.). Ciência, política e relações internacionais: ensaios sobre Paulo Carneiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004.

Freeman R, Moran M. A saúde na Europa. In: Negri B, Viana ALA. (orgs.). O SUS em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime; 2002. p. 45-64.

Furtado C. Os desafios da nova geração. Revista Economia Política, 2004; 24(4):483-486.

Gadelha CGA, Maldonado JMSV, Costa LS. Complexo industrial da saúde: dinâmica de inovação no âmbito da saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. orgs. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

Gonçalves R. A política industrial em uma perspectiva de longo prazo. Rio de Janeiro: IPEA; 1998. Texto para discussão n. 590.

Gonçalves R. Globalização e desnacionalização. São Paulo: Paz e Terra; 1999.

Heine J. On the manner of practicing the new diplomacy. Ottawa: The Centre for International Governance Innovation; 2006. Working Paper n. 11.

Huguenev Filho C, Cardim C. Grupo de reflexão prospectiva sobre o Mercosul. Brasília: FUNAG; 2003.

Kaul I, Faust M. Global public goods and health: taking the agenda forward. Bulletin of the World Health Organization, 2001; 79(9):869-874.

Kirton JJ, [Roudev N](#), [Sunderland L](#). Making G8 leaders deliver: an analysis of compliance and health commitments – 1996-2006. Bulletin of the World Health Organization, 2007; 85(3):192-9.

Koivusalo M, Rowson M. The World Trade Organization: implications for health policy. Medicine Conflict Survival, 2000; 16(2):175-91.

Mazzmanian D, Sabatier P. Implementation and public policy. London: University Press of America; 1989.

Mello V. Globalização, regionalismo e ordem internacional. Revista Brasileira de Política Internacional, 1999; 42(1):157-181.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet, 09 maio 2011; 11-31. Séries Saúde no Brasil, 1. Disponível em:<<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2011.

Ramírez J. Globalización. Magazine International College of Dentists. 2002; 10(1):34-40.

Richardson RJ. Pesquisa social. São Paulo: Atlas; 1985.

Rojas Ochoa F. El desarrollo de la economía global y su impacto sobre las políticas de salud. Revista Cubana de la Salud Publica, 2003; 29(3):253-259.

Rottingen JA, Marchiori Buss P, Davies S and Touré O. Global-health research architecture - time for mergers? The Lancet, 2009; 373:193-195.

Santos A, Quadros R, Ferreira J. Descentralización de la salud publica y sistemas de información en Brasil: caso del Municipio de Belo Horizonte. Washington, D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2003.

Shaw M. Global society and global responsibility. Millennium, 1992; 21:421-34.

Silva DH. Cooperação internacional em ciência e tecnologia: oportunidades e riscos. Revista Brasileira Política Internacional, 2007; 50(1):5-28.

Silveira CE. Tecnologia e competitividade na economia brasileira. In: Costa C, Arruda C. (Orgs.). Em busca do futuro: a competitividade no Brasil. Rio de Janeiro: Campus; 1999.

Temporão JG, Guimarães R. Saúde e inovação. Jornal O Globo, 27 jan. 2012.

Thieren M. Health and foreign policy in question: the case of humanitarian action. Bulletin of the World Health Organization, 2007; 85(3):218-224.

United Nations. Regionalism and South-South cooperation: the case of Mercosur and India. In: United Nations Conference on Trade And Development, 10., 2004. São Paulo: UNCTAD; 2004. 30 p.

Vianna CMM. Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. Physis: Rev. Saúde Coletiva, 2002; 12(2):375-390.

Vieira C. Globalización, comercio internacional y equidad en materia de Salud. Rev Panam Salud Publica, 2002; 11(5/6):425-429.

Wallerstein I. World-system analysis. London: Duke University Press; 2004.

World Health Organization. Resultados de la conferencia mundial sobre los determinantes sociales de la salud. Reunión 130, 21 jan. 2012. Geneva: WHO; 2012. Disponible em:
<http://apps.who.int/Gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_R11-sp.pdf>.

ANEXO I

Relação de Descritores

Descritor	Tradução (Inglês/Espanhol)	Interpretação
Cooperação Internacional	Cooperación Internacional – International Cooperation	“Interação de pessoas ou grupos de pessoas que representam várias nações na busca de uma meta ou interesse comum”.
Agências Internacionais	Agencias Internacionales – International Agencies	“Organizações internacionais que cooperam técnica e/ou financeiramente no campo da saúde ou em outros campos, com finalidade de desenvolver política, programa e/ou projetos nos âmbitos federal, estadual ou municipal”
Negociação	Negociacion - Negotiation	“O processo de barganha para chegar a um acordo ou a um meio-termo em uma questão de importância para as partes envolvidas. Também se aplica à audiência ou resolução de um caso por uma terceira parte escolhida pelas partes em desacordo, assim como à interposição de uma terceira parte para conciliar as partes em desacordo”
Pol. e Coop. em Ciência, Tecnologia e Inovação	Políticas y Cooperación em Ciência, Tecnología y Innovación	“Conjunto de Políticas, planos e programas de cooperação em ciência, tecnologia e inovação”
Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação	Política Nacional de Ciência, Tecnología y Innovación – National Science, Technology and Innovation Policy	“Conjunto de elementos orientadores de atividades científicas e tecnológicas nacionais de forma a interagir com o setor produtor de bem e serviços e contribuir para a solução de problemas que conduza ao desenvolvimento do País”.
Política de Inovação e Desenvolvimento	Política de Innovación y Desarrollo - Innovation and Development Policy	“Orientações sobre a abordagem da cultura de inovação nas empresas através de ações concretas de e desenvolvimento de estratégias tecnológicas de longo prazo”
Políticas Públicas de Saúde	Políticas Públicas de Salud – Health Public Policy	“Conjunto de ações, disposições legais e orçamentárias geradas no marco de procedimento e instituições governamentais. São legitimadas através de legislações ou regulações e promovem mudanças no comportamento de instituições e indivíduos em relação a um problema setorial ou temático”.
Política de Saúde	Política de Salud – Health Policy	“Decisões geralmente desenvolvidas por formuladores de políticas do governo, para definição de objetivos imediatos e futuros do sistema de saúde”.
Indústria	Indústria – Industry	“Conjunto de empresas de manufatura ou de produção técnica em uma área particular, frequentemente denominado segundo seu produto principal, como "indústria automobilística", "indústria do aço". Inclui a propriedade e a administração de companhias, fábricas, plantas industriais, etc.”
Organização Internacional	Organización Internacional - International Organization	Apesar de constar na BVS, não há definição atribuída para o termo
Gestão de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde	Gestión de Ciencia, Tecnología e Innovacion em Salud – Health Sciences, Technology and Innovation	Apesar de constar na BVS, não há definição atribuída para o termo.

Elaboração própria a partir da Biblioteca Virtual em Saúde.