

Diplomacia da saúde nos tempos do barão e nos dias de hoje: o Barão do Rio Branco e a saúde pública

*Paulo M. Buss**

Introdução

O início do século XX é um instigante período da história da diplomacia e da saúde pública no continente americano e no Brasil. Nesses anos cruciais para a política externa brasileira, nos quais o gênio político e diplomático de José Maria da Silva Paranhos Junior, o Barão do Rio Branco (1845-1912), moldou as bases firmes da diplomacia brasileira, o país – e, principalmente, a capital, o Rio de Janeiro – era assolado por epidemias de doenças infecto-parasitárias que não só colheram milhares de vítimas entre a população brasileira e os estrangeiros que nos visitavam ou que para cá migravam, mas que também afetaram definitivamente o comércio e a economia.

A resposta solidária dos países do continente americano a esses problemas consolida importante etapa histórica, com a criação, em 1902, da Oficina Sanitária Pan-Americana. O Brasil responde à complexa conjuntura socio sanitária do início do século com transformações importantes na sua saúde pública que incluem a criação do Instituto de Manguinhos (1900) e da Direção-Geral de Saúde Pública (1902) e a nomeação de Oswaldo Cruz para dirigir ambos os órgãos. O Barão de Rio Branco, chanceler de 1902 a 1912, enceta a inserção do Brasil nas iniciativas compartilhadas dos países

* Médico, mestre em Medicina Social. Professor titular da Escola Nacional de Saúde Pública. Diretor do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Membro titular da Academia Nacional de Medicina.

do continente, em defesa da saúde pública e da economia, representadas pelas Conferências Sanitárias Pan-Americanas e as negociações promovidas sob a inspiração do Pan-Americanismo e da Doutrina Monroe.

Este artigo pretende discutir as políticas públicas, diplomáticas e de cooperação internacional na área da saúde, denominadas “diplomacia da saúde”, moldada pelas nascentes diplomacia e saúde pública republicanas, que buscaram responder à conjuntura socio sanitária, em defesa da saúde pública e da higidez das relações econômicas e comerciais do Brasil, ameaçadas pelo medo e pela real possibilidade destrutiva das doenças epidêmicas sobre a economia agroexportadora do país. Ao final, traça um paralelo com a diplomacia da saúde praticada nos primeiros anos do século XXI, descrevendo as atuais iniciativas comuns dos setores da saúde e da diplomacia brasileiras, com ênfase na política externa e na cooperação internacional, referidas à Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) e à América do Sul, por meio da União de Nações Sul-Americanas.

O artigo contém uma revisão bibliográfica parcial da expressiva produção intelectual sobre saúde no início do século XX no Brasil, particularmente produzida pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), especialmente pelos pesquisadores da Casa de Oswaldo Cruz.

A conjuntura socio sanitária nos primórdios da Primeira República no Brasil

Diversos autores se debruçaram sobre a instigante conjuntura socio sanitária do jovem Brasil republicano. Quase todos identificam na agroexportação a principal conexão entre economia, comércio e saúde pública no final do século XIX e no início do XX.

O Brasil encontrou no café, cultivado principalmente nos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, o seu principal produto de exportação. Rio de Janeiro e Santos eram os principais portos exportadores da produção agrícola, animal e mineral. Além de porto importante, o Rio de Janeiro acumulava o título de capital da nascente república sul-americana. Esses portos recebiam centenas de embarcações internacionais, que traziam produtos manufaturados das metrópoles europeias e americanas e que para lá levavam *commodities* agrícolas. Dessas cidades partiam as ferrovias que conduziam os produtos das metrópoles estrangeiras e das cidades do Rio de Janeiro e de São Paulo para os polos produtores de grãos e de produtos animais e minerais destinados à exportação, localizados no interior.

As cidades portuárias ficavam expostas à entrada de novos agentes infecciosos com potencial epidêmico. Os então modernos navios a vapor tornavam as viagens internacionais muito mais rápidas, o que permitia o desembarque de passageiros que ainda estavam no período de incubação (sem sintomas) de doenças transmissíveis com potencial epidêmico. Assim, muitas vezes não eram identificados processos infecciosos e, por consequência, não se aplicavam medidas como a quarentena dos doentes. Muitas doenças, como a febre amarela, o cólera e a peste bubônica, aportaram, dessa forma, em desembarcadouros brasileiros ao longo do século XIX e no início do XX, transformando-se em epidemias letais no país.

Não menos importantes eram as condições de vida e trabalho, na cidade ou no campo, onde se produziam as culturas agrícolas. O crescente aglomerado urbano, sob as piores condições de higiene ambiental, domiciliar e pessoal, era campo fértil para o alastramento de epidemias. Não havia abastecimento de água potável seguro, tampouco sistemas de deposição de excretas. Com isso, a água consumida provinha de riachos e poços contaminados, causadores de doenças diarreicas. O lixo não tinha destinação adequada, acumulando-se nas ruas e nos tugúrios. As habitações eram insalubres, mal ventiladas e sem acesso à água, ao esgoto ou à coleta de lixo. Proliferavam mosquitos, moscas, ratos e outros insetos e roedores, muitos deles vetores ou reservatórios de agentes infecciosos. A assistência aos doentes era errática, providenciada por instituições de caridade, desprovidas das mínimas condições que não as de assegurar, para alguns, apenas um lugar onde morrer.

As condições de trabalho nas fazendas em nada eram melhores que a vida na cidade. O tempo de lides era exaustivo, muitas vezes ultrapassando as 12 horas diárias, a alimentação pouca e escassa em nutrientes, o trabalho infantil era corrente, os alojamentos eram precários, sem as menores condições de higiene. A assistência aos doentes era praticamente inexistente, assim como as ações de prevenção.

Com a redução e, finalmente, a extinção do tráfico de escravos negros da África, na segunda metade do século XIX, abriram-se as portas para a política de imigração de estrangeiros europeus para a cafeicultura, assim como para o povoamento de províncias de população rarefeita, como as do Sul do país.

Essa política intensificou-se nos derradeiros 30 anos do século XIX, combinando os interesses dos cafeicultores – cujo interesse era mão de obra barata minimamente qualificada, seja qual fosse a etnia ou a origem – com os da burocracia intelectualizada que almejava alcançar, com a imigração,

a “civilização” do Império, depois República, com o “embranquecimento” da raça. Assim se explicaria, segundo alguns autores, a eleição de europeus para o processo migratório. Imigrantes portugueses, alemães e italianos estavam entre os que fluíram em maior número no período, ao que se seguiram os japoneses em períodos mais tardios.

A situação das cidades e das zonas rurais pouco tinha mudado em relação ao período anterior. Entretanto, agora não se tratava de escravos, mas de imigrantes legais, oriundos de países que já haviam construído sistemas mínimos de saúde e proteção social, assim como desenvolvido noções importantes de direito e cidadania.

As queixas dos imigrantes aos seus governos de origem geraram inúmeros problemas para a jovem diplomacia republicana. Entre as muitas reclamações, principalmente relacionadas a direitos mínimos nos contratos de trabalho e nos títulos de posses de terras, encontravam-se as de origem sanitária.

Os imigrantes, como toda a população, encontraram na febre amarela, na varíola, no cólera e na peste bubônica as grandes vilãs à época dos intensos processos migratórios. As temíveis febres estavam presentes com intensidade nos portos de desembarque dos imigrantes, em Santos e no Rio de Janeiro; com os transportes ferroviários, disseminaram-se para o interior, onde trabalhavam os recém-chegados. Estes, sem contato prévio com as doenças, raras na Europa, as adquiriam e morriam em terras brasileiras. Cada vez mais as nações europeias se opunham à partida de seus cidadãos, ainda que pobres, para o país tropical, que tanto necessitava dessa mão de obra para a agroexportação em crescimento.

Foi intensa a ação conjunta das autoridades republicanas da saúde e da diplomacia na conjuntura socio sanitária não só para enfrentar as doenças, desfazer o medo das enfermidades e evitar o retorno de imigrantes aos seus países de origem e a redução da imigração, mas também para atuar em acordos sanitários internacionais que visavam estabelecer formas oportunas e eficientes de atuar nos portos, nas cidades e nos sertões, com medidas legais, sanitárias e médicas concertadas entre os países.

A política de saúde no Brasil no início do século XX

A resposta efetiva do Estado brasileiro contra as epidemias que grassavam no Rio de Janeiro se iniciou por volta de 1900. O processo resultou da decisão política do governo do presidente Rodrigues Alves,

da reforma urbana implantada pelo prefeito Pereira Passos e das ações institucionais conduzidas pelo médico e sanitarista Oswaldo Cruz na saúde. Respondiam perfeitamente às necessidades da diplomacia brasileira, que precisava mostrar ao mundo uma imagem melhor do país.

Formado em medicina no Rio de Janeiro, a tese sobre “Veiculação microbiana pela água”, relativa aos micróbios que aí vivem, já expressava o interesse do dr. Oswaldo Gonçalves Cruz pelas ciências bacteriológicas nascentes e tinha entre suas máximas expressões Louis Pasteur, em Paris, e Robert Koch, na Alemanha. De 1896 a 1898 Cruz se instalou em Paris para aperfeiçoar seus conhecimentos em bacteriologia. Em 1896 fez o “Grand Cours” do Instituto Pasteur e, nos dois anos seguintes, trabalhou no laboratório municipal da cidade, na área de análises bacteriológicas das águas. No Pasteur, fez amizade com o médico Roux, então diretor do instituto, e com outros proeminentes cientistas. É curioso mencionar que não precisou indenizar o instituto pelo material de trabalho nem pelos animais de experiência que utilizou, como era de praxe. Essa atitude foi atribuída ao fato de Oswaldo Cruz ter sido o primeiro brasileiro a bater às portas da Casa de Pasteur, para cuja fundação e primeiros desenvolvimentos concorreu generosamente o magnânimo dom Pedro II, imperador do Brasil.

Oswaldo Cruz retornou ao Rio de Janeiro em 1899, onde montou um laboratório de análises clínicas, o primeiro do gênero na capital brasileira. No final do mesmo ano, apareceram casos suspeitos de peste bubônica em Santos, e a Diretoria de Higiene designou Oswaldo Cruz para viajar àquela cidade portuária, onde confirmou a existência da moléstia, importada por via marítima.

Temendo a contaminação provável do Rio de Janeiro, o barão de Pedro Afonso, diretor do Instituto Vacínico Municipal, obteve do prefeito Cesário Alvim a criação de um instituto de soroterapia antipestosa, originalmente desenvolvida pelos pasteurianos Calmette e Yersin, e de outros soros e vacinas, destinados a enfrentar as epidemias prevalentes na capital e em outras partes da República. Faltava o técnico especializado, que foi pedido ao Instituto Pasteur de Paris. O médico Roux respondeu que o Brasil tinha em Oswaldo Cruz, há pouco egresso do Instituto, o técnico a indicar. Convidado, Cruz aceitou o encargo. Depois de algumas peripécias acarretadas pelo temperamento autoritário do barão, o laboratório foi inaugurado a 23 de julho de 1900, pomposamente denominado Instituto Soroterápico Federal, célula de origem do Instituto de Manguinhos, depois Instituto Oswaldo Cruz e, hoje, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

O novo laboratório foi instalado em Manguinhos, na periferia da cidade do Rio de Janeiro, na Fazenda de Manguinhos, de propriedade municipal, cedida ao novo instituto. Em fins de 1900, soro e vacina antipestosos já eram usados na terapêutica e na profilaxia da enfermidade.

A criação do Instituto Soroterápico Federal é um capítulo da maior importância na história médica, científica e política da Primeira República. Segundo a maioria dos estudiosos da história da ciência e da saúde no país, foi ele a gênese da ciência brasileira.

À produção destes insumos essenciais para proteção da saúde e prevenção e tratamento das moléstias infecciosas, precocemente veio somar-se o desenvolvimento de trabalhos experimentais e a formação de recursos humanos. De fato, os resultados impressionantes da pesquisa realizada em Manguinhos chegaram rapidamente aos meios médicos, e muitos estudantes da Faculdade de Medicina acorreram ao instituto para preparar suas teses de doutoramento, contribuindo para que se formasse uma verdadeira escola de medicina experimental nacional.

Portanto, reside na própria gênese de Manguinhos o estabelecimento do que veio a se constituir na tríade fundamental para o desenvolvimento das ciências da saúde e da saúde pública brasileiras: pesquisa, ensino e produção. Faltava a “intervenção de campo” sobre a situação de saúde, mas esta é uma parte complementar da história de que logo trataremos.

Antes do final de 1902, explodiu uma séria incompatibilidade entre barão de Pedro Afonso e Oswaldo Cruz, culminando na renúncia de ambos. Depois de poucos dias, Oswaldo Cruz retornou a Manguinhos, agora como diretor-geral e único.

Diante da deterioração das condições de saúde e apoiado no sucesso de sua gestão frente ao Instituto de Manguinhos, Oswaldo Cruz foi convidado pelo então recém-nomeado ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores, J. J. Seabra, por influência do doutor Sales Guerra, renomado clínico da época e fiel amigo de Cruz por toda a vida, para assumir a Diretoria de Higiene. Isso ocorreu em 23 de março de 1903, ainda no início do novo governo, de novembro de 1902, após a posse do ex-governador de São Paulo Rodrigues Alves como presidente da República.

Ao chegar ao Rio de Janeiro, Alves iniciou um ambicioso programa de reconstrução e saneamento da capital da República. Nomeando Oswaldo Cruz para a Diretoria-Geral de Saúde, em março de 1903, confiou-lhe a tarefa de livrar a capital das doenças epidêmicas. O valor simbólico desta tarefa ia bem além da importância prática

(de modo algum desprezível em si mesma) do controle das epidemias, pois sua persistência na capital do Brasil era vista como símbolo do atraso do país e como uma afronta às aspirações nacionais de vir a compor o seletivo grupo das nações civilizadas. Ademais, a presença de tais doenças na capital e principal porto do país prejudicava o comércio, pois os navios estrangeiros tratavam de evitar o porto da cidade, então conhecida como “túmulo dos estrangeiros”, enquanto as tripulações e mercadorias brasileiras eram submetidas a quarentenas mundo afora, o que trazia enormes prejuízos econômicos. Punha também um freio à imigração, essencial para o crescimento econômico do país, como opção à mão de obra escrava, desde a abolição da escravatura, em 1888.

As campanhas sanitárias conduzidas por Oswaldo Cruz de 1903 a 1907, à frente da Diretoria de Higiene, concentraram-se em três doenças: a febre amarela, a varíola e a peste bubônica. Além disso, Oswaldo Cruz pediu ao governo que, junto ao Congresso, transformasse em lei seu Plano de Reforma dos Serviços Sanitários Nacionais, no qual enfatizava os serviços de profilaxia das moléstias transmissíveis e o serviço sanitário dos portos marítimos e fluviais, assim como a fusão dos serviços federais com os da capital da República, que já se encontrava sob o comando de Pereira Passos, o prefeito reformador do Rio de Janeiro nomeado por Rodrigues Alves. Apresentada em julho de 1903, o Código Sanitário foi promulgado em março de 1904.

Para eliminar a varíola, Cruz realizou campanha intensiva de vacinação. A erradicação das outras moléstias deu-se pelo controle de seus vetores (os ratos e as pulgas que os infestavam, no caso da peste, e os mosquitos, no caso da febre amarela), acompanhado de medidas de isolamento dos doentes.

Para o controle da febre amarela, a cidade foi dividida em dez setores, cada um deles gerenciado separadamente e fiscalizado por uma estrutura central – método empregado pelos militares norte-americanos, sob o comando do general médico William Crawford Gorgas, no controle da febre amarela em Havana, Cuba, que recebeu no país o título às vezes respeitoso, às vezes jocoso de “doutrina havanesa”. O isolamento dos doentes e a vigilância das pessoas não imunes (crianças pequenas e estrangeiros) eram efetuados por destacamentos especiais de “polícia sanitária”. Para reduzir a população da forma alada do mosquito transmissor, reduzindo assim a taxa de contato com infectados e não infectados, os serviços de saúde utilizavam a fumigação dos domicílios dos bairros afetados por meio dos mata-mosquitos. A desinfecção, inútil segundo os cânones comprovados nas práticas implementadas com

sucesso em Havana, estava descartada. Uma lei específica votada pelo Congresso financiava estas medidas sanitárias de alto custo para a época, que incluía o pagamento dos inspetores sanitários e dos mata-mosquitos, assim como a aquisição dos equipamentos e dos inseticidas.

O tratamento desigual implementado nos bairros ricos e pobres - nestes, os domicílios eram "invadidos" pelos mata-mosquitos - foi motivo de grande insatisfação popular, bem aproveitada pela oposição ao governo; parte da categoria médica brasileira também estava em desacordo com as teses de Oswaldo Cruz, que, entretanto, se apoiavam nos últimos avanços científicos, baseados nos trabalhos do médico cubano Carlos Finlay (que descobriu a transmissão pelos mosquitos, em 1881) e em achados confirmados pelo serviço médico militar americano, sob o comando dos generais Walter Reed e Gorgas (no final da década de 1890).

Se as intervenções para o controle da febre amarela receberam oposição médica, política e popular, ainda mais desentendimento recebeu a vacinação obrigatória contra a varíola, parte do aprovado Código Sanitário reformador. Populares, políticos e imprensa acusaram Oswaldo Cruz e sua estratégia de vacinar para evitar a varíola como "ditadura sanitária" e invasão do direito privado. "Persuasão e convicção, sim; coerção, jamais", diziam os opositores. Aliaram-se contra a vacinação obrigatória segmentos tão heterogêneos como o movimento positivista, inspirado nas ideias de higidez humana de Augusto Comte, quanto o moralismo vigente, já que a vacina era aplicada nas coxas ou nos braços expostos, e, evidentemente, os políticos opositores ao presidente Alves e ao prefeito Pereira Passos.

A culminância da reação foi a Revolta da Vacina. O movimento eclodiu em novembro de 1904, com motins nas ruas do Rio de Janeiro e uma rebelião na Academia Militar da Praia Vermelha. A revolta acabou com uma vitória provisória, pois o presidente viu-se obrigado a abolir a lei que instaurava a vacinação obrigatória contra a varíola.

Contudo, o que poderia ser interpretado como uma reação a uma medida médico-sanitária, na realidade, representou uma manifestação política contra as medidas reorganizadoras da urbe, de natureza econômica, social e urbanística, impostas sem maiores consultas à população mais afetada (os pobres e os comerciantes do centro da cidade) pelo presidente Alves e o prefeito Pereira Passos, no afã de "modernizar" a capital da República.

O controle da peste bubônica foi abordado pelas medidas de urbanização e limpeza, que levavam à redução drástica da população dos ratos que albergavam as pulgas transmissoras do bacilo pestoso, e pela

utilização do soro e da vacina correspondentes. Oswaldo Cruz, em uma medida que recebeu milhares de comentários jocosos e centenas de charges nos jornais da época, mandou pagar um tostão por rato abatido entregue à saúde pública, transformando esta prática na alegria da garotada pobre e em lucrativo negócio para alguns espertos que apresentavam mais de uma vez os roedores aos serviços profiláticos.

Como os efeitos das medidas de urbanização e saneamento, assim como de vacinação e outras medidas médico-sanitárias, produziram quedas dramáticas no número de casos e de mortes provocadas por aquelas moléstias, antes epidêmicas, e, portanto, aterradoras, o desprestígio inicial do governo e de Oswaldo Cruz foi pouco a pouco se reduzindo, acabando por tornar o cientista um herói nacional e por se reconhecer os méritos inegáveis dos governos Rodrigues Alves e Pereira Passos no campo da saúde pública e da reforma urbana.

Com esses sucessos, o Instituto de Manguinhos foi rapidamente elevado pela comunidade internacional à condição de centro ineludível de pesquisa em medicina tropical, fato sem precedentes em um país periférico em relação às economias centrais. Recebeu, entre outras honrarias, a Medalha de Ouro do IV Congresso Mundial de Higiene e Demografia (Berlim, 1907). Em 1909, um dos seus mais notáveis pesquisadores, Carlos Chagas, descreveu integralmente uma enfermidade até então desconhecida como matéria médica, a tripanossomíase americana, cunhada como doença de Chagas, nome pelo qual é até hoje conhecida mundialmente. Seu prestígio continua crescente, estando a Fiocruz atual situada como uma das mais importantes instituições de pesquisa em saúde e medicina do mundo.



Chanceler Barão do Rio Branco



Presidente Rodrigues Alves



Sanitarista Oswaldo Cruz

Diplomacia da saúde nos tempos do barão

O período de Rio Branco como chanceler foi um dos mais exigentes no campo da saúde internacional – o que chamamos hoje de diplomacia da saúde –, e o Brasil se destacou por sua presença em acordos sul-americanos, pan-americanos e mundiais, particularmente no tocante às doenças infecciosas epidêmicas e à saúde dos portos, que afetavam de forma importante o comércio internacional e a saúde das populações nacionais.

Como se viu, as condições de saúde que vigiam nas cidades mundo, como no Rio de Janeiro e em outras capitais sul-americanas, impunham restrições importantes ao comércio internacional e ao trânsito seguro de pessoas, e foram motivo de inúmeras iniciativas políticas e técnicas implementadas em conjunto, no plano internacional, pelos setores governamentais da saúde e da diplomacia.

Os movimentos de reforma da saúde pública na Europa, que na França, na Alemanha ou na Inglaterra destacavam a associação entre cidade massiva e doença, também continham o otimismo na crença de que a higiene permitiria intervir positivamente sobre o insalubre espaço urbano. O otimismo diante da possibilidade de intervenção científica compensava o sombrio diagnóstico associado à cidade, que emergia com o advento do capitalismo industrial. Oswaldo Cruz, por exemplo, trouxe como bagagem técnica para o Brasil, além da vibrante bacteriologia nascente, também a visão das intervenções sobre o ambiente e a cidade.

Contudo, não se deu apenas no plano interno às nações o impacto do fenômeno urbano e dos novos conhecimentos relativos à saúde, mas também nas relações internacionais, devido à intensificação do comércio e às implicações negativas da instituição das quarentenas nos portos marítimos. De fato, as ameaças das doenças epidêmicas como cólera, febre amarela e peste ultrapassavam as fronteiras nacionais e era indispensável internacionalizar os problemas de saúde pública e configurar uma ordem externa, supranacional e vinculante.

Assim, as controvérsias científicas e políticas se transferiram e se institucionalizaram nos primeiros fóruns internacionais criados no campo da saúde: as Conferências Sanitárias Internacionais, espaços técnico-políticos que combinavam expoentes governamentais dos setores da diplomacia e da saúde e que procuravam harmonizar os interesses de comércio e segurança sanitária. Foram as mais organizadas expressões da diplomacia da saúde da época.

As principais preocupações sanitárias eram o controle da febre amarela, encontrada em muitos portos das Américas, e a prevenção da chegada do cólera, oriundo da Europa, e da peste bubônica, proveniente da Ásia. As ações médicas e as negociações diplomáticas internacionais buscavam uma política de saúde dos portos que fosse uniforme e eficiente, baseada em princípios científicos e humanitários, e que desse segurança sanitária às atividades do comércio internacional.

A conjuntura econômica interamericana na virada dos séculos

Na passagem do século XIX para o XX, ocorreu importante transição política e econômica na América Latina e Caribe (ALC).

Enquanto os Estados Unidos se consolidava como potência econômica, industrial e exportadora de produtos manufaturados, a ALC se transformava em importante polo exportador de produtos agrícolas, animais e minerais, a exemplo da carne argentina, do café brasileiro, do açúcar cubano, do sisal mexicano, das frutas da América Central e do Caribe, da prata boliviana e do cobre chileno.

A renovada dinâmica econômica, que implicou enorme crescimento do comércio interamericano, com a expansão das exportações da ALC, expressava uma transformação definitiva da estrutura econômica latino-americana e caribenha, herdada do período colonial. Pouco a pouco a região se livrava do domínio econômico britânico, mas caía no campo de influência dos Estados Unidos.

O conglomerado econômico, representado pelas grandes empresas de exportação-importação americanas e da ALC precisava de infraestrutura portuária à altura do intenso comércio interamericano. Nessa circunstância, as moléstias infecto-parasitárias, que ameaçavam passageiros e tripulações e que penetravam nos países pelos portos, representavam um severo obstáculo e um verdadeiro bloqueio aos interesses econômicos das nascentes burguesias urbanas e oligarquias latifundiárias rurais, tornando-se problema internacional a ser equacionado, em conjunto, pelas repúblicas americanas.

A modernização dos portos deveria incluir mudanças na obsoleta saúde pública vigente e em seu arcaico sistema de vigilância e de quarentenas, bastante diferente em cada país do continente americano, ineficiente, burocrático e, geralmente, incapaz de conter as epidemias. A saúde pública da época pouco protegia passageiros e tripulações e atrasava o tempo do comércio, ameaçando deteriorar as cargas de *commodities* perecíveis.

Esse processo econômico tem no Pan-Americanismo um componente importante do processo político internacional do período. O conceito vigente mesclava resquícios da Doutrina Monroe (1758-1831) e das ideias que Simon Bolívar postulava sobre a união das repúblicas latino-americanas recém-independentes da coroa espanhola, processo que se desenrolou de 1810 a 1824.

Na transição de um século para o outro, o Pan-Americanismo era apresentado ao debate político dos países do continente americano com os princípios das relações pacíficas entre as nações, a mediação diplomáticas das controvérsias, a redução da influência europeia nas Américas e a intensificação do comércio interamericano, este traduzido, na prática, pelo aumento das exportações estadunidenses. Os presidentes McKinley (1897-1901) e Theodore Roosevelt (1901-1909) foram os grandes promotores do Pan-americanismo à época.

Embora recebendo críticas severas, na ALC, de intelectuais e ativistas políticos como José Martí, Rubén Darío e Jose Enrique Rodó e também de alguns estadistas latino-americanos, a doutrina do Pan-Americanismo redundou, por ocasião da I Conferência Internacional Americana (Washington, DC, de outubro de 1889 a abril de 1890), na criação da União Internacional de Repúblicas Americanas, cuja secretaria permanente ficou sediada na capital norte-americana.

As Conferências Sanitárias Internacionais

Foi só a partir de meados do século XIX que as atividades relacionadas com o que hoje se conhece também como saúde internacional se tornaram sistemáticas e resultaram em acordos destinados a ter implementação universal.

A I Conferência Sanitária Internacional foi realizada em Paris, de 23 de junho de 1851 a 19 de janeiro de 1852, contou com a participação de 12 países, mas nenhum das Américas esteve representado. Ela focava basicamente em obter um acordo sobre as condições mínimas da quarentena marítima, vital para o controle do cólera, a grande ameaça internacional da época, que havia produzido uma pandemia em 1848, com cerca de 54 mil mortes apenas na Inglaterra, então país de comércio internacional mais intenso, com o vasto império “em que o sol nunca se punha”.

Na II Conferência Sanitária Internacional, também realizada em Paris, em 1859, não havia delegados médicos, apenas diplomatas,

e foi firmado um novo projeto de convênio sanitário internacional que, entretanto, não chegou a entrar em vigência.

Muitas das reuniões se realizavam como resposta ao que se identificava como fatores que aumentavam a ameaça do cólera. Por exemplo, a III Conferência Sanitária Internacional, realizada em Constantinopla, em 1866, procurava responder ao risco da chegada da doença por meio dos peregrinos muçulmanos que se moviam de e para Meca. A IV Conferência Sanitária Internacional, realizada em Viena, em 1874, foi uma resposta à abertura do Canal de Suez, pois temiam os especialistas e diplomatas que o fluxo de navios pelo canal pudesse trazer a epidemia do Oriente para o Ocidente. A França sugeriu e foi aprovada, mas fragilmente implementada, a criação de uma Comissão Internacional Permanente das Epidemias, com sede em Viena, formada por médicos e especialistas indicados pelos países participantes.

A V Conferência Sanitária Internacional foi a primeira a realizar-se no continente americano, em Washington, DC, de janeiro a março de 1881, e contou, pela primeira vez, com a participação de países americanos, inclusive o Brasil. Algumas iniciativas de relevo foram sugeridas e aprovadas, mas tampouco chegaram a entrar de fato em vigor. Foi na parte científica desta reunião que Carlos Finlay, médico cubano, contra toda a tradição da transmissão da febre amarela por *fômites* (roupas e outros objetos manipulados pelos doentes), que levava a custosos processos de desinfecção, lançou sua teoria (correta) de que a moléstia seria transmitida por mosquitos. Apesar do relativo descrédito, pois o doutor Finlay vinha de um país “periférico”, foi esta descoberta – aceita apenas quase 20 anos depois pela “*big science*” – que se constituiu no pilar fundamental da ação sanitária contra a febre amarela no início do século XX: o combate ao mosquito vetor.

No que restava de século XIX, seguiram-se celebrando Conferências Sanitárias Internacionais, da sexta a décima: Roma (1885), Veneza (1892), Dresden (1893), Paris (1894) e Veneza (1897). Em cada uma delas foram estabelecidos convênios internacionais de alcance limitado, principalmente relacionados ao cólera e à peste.

Sob o impacto das pandemias destas doenças, na segunda metade do século XIX, mas independentemente das Conferências Sanitárias antes mencionadas, realizou-se em Montevideu, em 1873, uma convenção sanitária na qual Brasil, Argentina e Uruguai firmaram ata que fixava medidas comuns de prevenção a doenças como cólera, febre amarela, peste bubônica e tifo. No Rio de Janeiro, em novembro de 1887, Brasil, Argentina e Uruguai firmam outra Convenção Sanitária Internacional,

enquanto em Lima, em janeiro de 1888, os países do Pacífico sul-americano (Bolívia, Chile, Equador e Peru) estabeleceram sua própria convenção, tratando da profilaxia da febre amarela.

Confirmando o predomínio econômico e, por conseguinte, mostrando preocupações com a proteção ao comércio internacional, realizou-se de outubro de 1889 a abril de 1890, em Washington, DC, a I Conferência Internacional Americana, sob o signo do Pan-Americanismo – tema já comentado em seção anterior deste artigo. Uma das deliberações da conferência foi a criação da X Comissão, dedicada à saúde, composta por sete membros de cinco países (Brasil, Estados Unidos, Nicarágua, Peru e Venezuela), “para tomar em consideração e informar sobre os novos métodos de estabelecer e manter regulamentos sanitários no comércio entre os vários países representados na Conferência”. Recordemos que no período de realização da conferência, a República foi proclamada no Brasil (novembro de 1889). A X Comissão sugeriu e a conferência recomendou que as repúblicas americanas adotassem ou a Convenção Sanitária Internacional do Rio de Janeiro (1887) ou de Lima (1888).

É importante notar que foi exatamente no período de 1880 a 1900, no que se designa como “décadas de ouro da bacteriologia”, que as ciências médicas consolidaram a Teoria do Germe, identificando os agentes etiológicos, a epidemiologia e, em alguns casos, a prevenção e o tratamento de um grande número de enfermidades infecciosas, como tuberculose, difteria, tétano, peste, hanseníase, malária, gonococcia, sífilis e carbúnculo, entre outras, principalmente em institutos científicos europeus.

Foi também nesta época que emergiu nas Américas a percepção de que havia necessidade de uma Organização Internacional de Saúde, para além de convenções sistemáticas que haviam iniciado cerca de 50 anos antes.

Com o antecedente histórico das Convenções Sanitárias Internacionais Americanas, o X Comitê de Política Sanitária Internacional da II Conferência Internacional Americana, realizada na cidade do México, de outubro de 1901 a janeiro de 1902, propôs que a Oficina Internacional das Repúblicas Americanas (atual Organização dos Estados Americanos–OEA) convocasse uma convenção geral de representantes das repartições governamentais (ou ministérios) de saúde das repúblicas das Américas para formular acordos e disposições sanitárias e, periodicamente, celebrar convenções e acordos sobre saúde. Esta reunião, de alto nível político e técnico, deveria designar uma junta governativa permanente, que se

denominaria Oficina Sanitária Internacional, com sede em Washington, DC. Estava decidida a criação da atual Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

Primeiros anos da organização

A criação da Opas, em dezembro de 1902, ao cabo da I Conferência Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas, também realizada em Washington, DC, foi produto da expansão do comércio internacional e do comércio interamericano, em particular; dos avanços das ciências médicas e da saúde pública; e de uma nova relação política e diplomática entre as nações das Américas.

Para além de reuniões e convenções de tempos em tempos, a nova organização deveria garantir: 1) a reunião e a análise sistemática de informações relativas à situação sanitária dos portos e do território nacional de cada Estado membro; 2) realizar os estudos científicos necessários sobre as enfermidades contagiosas que ocorressem nos países; 3) reunir esforços e proporcionar ajuda para proteger a saúde pública, eliminar as enfermidades e facilitar o comércio entre as nações, reduzindo ao máximo os períodos de quarentena, desde que compatíveis com a segurança pública e os conhecimentos científicos; e 4) estimular, ajudar ou impor todos os meios jurídicos disponíveis para o saneamento dos portos marítimos, principal porta de entrada de doenças epidêmicas nos países.

Em outras palavras, a primeira Organização Internacional de Saúde nasceu com o objetivo de proteger a saúde da população e a manutenção do vigor do comércio, atuando em prol da eliminação das principais moléstias transmissíveis com potencial epidêmico, por meio do que muito mais tarde se convencionou chamar “vigilância epidemiológica e sanitária internacional”, com foco na saúde dos portos, valendo-se dos conhecimentos científicos existentes e produzindo novos, se aqueles fossem insuficientes.

Várias Convenções Sanitárias Internacionais (mais tarde denominadas Conferências Sanitárias Pan-Americanas) foram convocadas pela nova organização nos anos subseqüentes, todas contando com diplomatas e médicos. O Brasil teve presença ativa em todos os eventos intergovernamentais, que se realizaram sob a égide do Barão do Rio Branco, à frente do Ministério das Relações Exteriores do Brasil, e de Oswaldo Cruz, como diretor-geral de Saúde Pública, cargo equivalente, hoje, ao de ministro de Estado da Saúde.

As contribuições do Brasil decorreram da experiência negociadora de seus diplomatas, da firmeza dos conhecimentos científicos e das bem-sucedidas intervenções sobre as epidemias, realizadas por Cruz em território nacional, particularmente na capital da República.

Com a XI Conferência Sanitária Internacional (Paris, 1903), unificaram-se os quatro convênios, assinados em conferências anteriores, relacionados com as medidas sanitárias referentes às principais doenças epidêmicas, ao saneamento dos portos e ao comércio marítimo, refundindo-os em um instrumento único, a Convenção Sanitária Internacional de 1903.

Contudo, como a Convenção de Paris não tinha vigência nas Américas, as repúblicas do Brasil, da Argentina, do Paraguai e do Uruguai firmaram, no Rio de Janeiro, em 1904, um histórico compromisso – resultado da ação conjunta da diplomacia e da saúde –, pelo qual se comprometeram a informar mutuamente sobre a ocorrência das doenças e a se ajudar solidariamente para enfrentá-las. Ademais, como o Brasil e a Argentina eram destino de milhares de imigrantes, que poderiam portar doenças transmissíveis ou delas serem vítimas, havia particular interesse dos dois países em tranquilizar o mundo a respeito da sanidade de seus portos e cidades.

Nesta ocasião, a 10 de junho de 1904, o Barão pronunciou discurso em banquete oferecido às delegações estrangeiras presentes, exaltando “a política de confraternidade e de paz”, afirmando que a conferência fez “obra civilizadora contra a velha rotina, adotando princípios liberais que são uma conquista da ciência moderna”.

Todos os eventos e tratados internacionais decorrentes que realizou ou de que participou o Brasil, como os que descrevemos anteriormente, foram expressões muito eloquentes da diplomacia da saúde e da saúde internacional da época. Foram iniciativas que contaram com ações política e técnica concertadas de ambos os setores da governança nacional. No início do século XX, Barão do Rio Branco e Oswaldo Cruz foram seus mais destacados representantes e, não por coincidência, entraram para a história do nosso país.

Um caso de política externa e de saúde: Estrada de Ferro Madeira-Mamoré, onde Barão e Oswaldo se cruzaram

Um dos mais rumorosos e famosos casos na história da política externa brasileira foi a anexação negociada do território que hoje

corresponde ao Acre, cedido pela Bolívia. A ampliação pacífica do território brasileiro foi um dos muitos atos que tornou o Barão do Rio Branco famoso e admirado pela nação brasileira e patrono da diplomacia nacional.

Pelo Decreto n. 5.161, de 10 de março de 1904, firmado pelo presidente Rodrigues Alves e pelo Barão do Rio Branco, as autoridades da República mandaram executar o Tratado de Permuta de Territórios e outras compensações, celebrado em 17 de novembro de 1903, entre o Brasil e a Bolívia, que incluía, no artigo 7º:

A obrigação do Brasil construir em território brasileiro uma ferrovia desde o porto de Santo Antônio, no rio Madeira, até Guajará-Mirim, no Mamoré, com um ramal que, passando por Vila-Murtinho ou em outro ponto próximo (estado de Mato Grosso), chegue a Villa-Bella (Bolívia), na confluência do Beni e do Mamoré. Dessa ferrovia, que o Brasil se esforçará por concluir no prazo de quatro anos, usarão ambos os países [Brasil e Bolívia], com direito às mesmas franquezas e tarifas (BRASIL,1904).

A Estrada de Ferro Madeira-Mamoré (EFMM), que veio a ser também conhecida como “a estrada do diabo”, pelas perdas humanas ocorridas durante a sua construção, foi então implantada no período de 1907 a 1912, em um projeto que interligava Porto Velho a Guajará-Mirim, estado de Rondônia, na fase áurea da borracha amazônica. Milhares de trabalhadores morreram durante a construção, não só por acidentes de trabalho, mas também vítimas de doenças tropicais.



Com o intuito de criar uma passagem sobre o rio Madeira, em uma época em que o Brasil adquiriria a posse sobre o estado do Acre, pelo Tratado de Petrópolis, foi implantado o projeto Madeira-Mamoré Railway, que objetivava facilitar a distribuição da borracha amazônica proveniente das matas bolivianas e brasileiras até Porto Velho, que funcionaria como ponto de escoamento e que cumpria um componente do tratado diplomático.

A partir de Porto Velho, a borracha e as outras mercadorias seguiam via fluvial pelo rio Madeira e pelo rio Amazonas até o oceano Atlântico; antes da construção da ferrovia, a borracha era transportada em canoas artesanais feitas pelos índios.

A execução do projeto da ferrovia foi entregue ao empresário norte-americano Percival Farquhar. A ferrovia foi finalizada em 30 de abril de 1912, data que marcou a fundação da cidade de Guajará-Mirim.

Com base na experiência da construção do Canal do Panamá, cujos trabalhadores sofreram o mesmo assédio das enfermidades tropicais que no caso da EFMM, Farquhar contratou o sanitarista brasileiro Oswaldo Cruz, já então conhecido como “o saneador do Rio de Janeiro”, visando garantir as condições mínimas para proteger os mais de 20 mil trabalhadores de 50 diferentes nacionalidades que trabalhavam no projeto, sem os quais não seria possível finalizá-lo.

Apesar de já enfermo, Cruz atendeu o convite e, acompanhado de Belisário Pena, seu antigo auxiliar na Diretoria de Saúde Pública, visitou o canteiro de obras e diagnosticou, além da altíssima prevalência de malária, outras moléstias infecciosas e parasitárias, problemas alimentares, nutricionais e de alcoolismo na população trabalhadora. Propôs uma série de medidas, que incluíam saneamento do meio, uso intensivo de mosquiteiros, quimioprofilaxia da malária, tratamento com quinino e outras recomendações clínicas e de prevenção. A situação sanitária foi controlada e a ferrovia concluída a tempo.

A EFMM garantiu para o Brasil a posse da fronteira com a Bolívia e permitiu a colonização de vastas extensões do território amazônico, a partir da cidade de Porto Velho, fundada em 4 de julho de 1907. Atendia, dessa forma, aos interesses do governo brasileiro, que, pelas mãos do Barão do Rio Branco, conquistou importante território no noroeste do país. Contudo, a não realização da obra implicaria prejuízos financeiros na economia da borracha – crítica para o desenvolvimento regional e local e para a consolidação territorial nacional no norte e noroeste do país – e ruptura de uma cláusula importante do Tratado de Petrópolis, o que poderia levar à sua revisão e ao retrocesso no processo de integração territorial.

Verdadeiramente, o saber e a prática da saúde pública, representados pela intervenção de Oswaldo Cruz na EFMM, ajudaram a viabilizar um projeto de política externa, formulado e implementado pelo gênio diplomático do Barão do Rio Branco.

Com a decadência da borracha brasileira, em decorrência do plantio da seringueira na Ásia, a ferrovia também entrou em crise. Na década de 1930, a estrada de ferro foi parcialmente desativada, destinada ao abandono. O Acre se encontra definitivamente incorporado ao território brasileiro. Até hoje se desconhece o número de vítimas fatais do empreendimento.

A diplomacia da saúde no início do século XXI no Brasil¹

O “breve” século XX, como foi definido por Eric Hobsbawm (1995), foi marcado por importantes avanços econômicos, sociais e técnico-científicos que melhoraram a qualidade de vida e as condições de saúde de milhares de pessoas em todo o mundo. Contudo, como “era dos extremos”, na mesma definição de Hobsbawm, o processo de globalização vigente também tem criado grandes disparidades internacionais e produzido enormes problemas sociais e de saúde, particularmente nos países mais excluídos dos circuitos centrais da economia global. No início de século XXI, as condições declinantes da saúde de grandes parcelas da população em diversos países do mundo, a insegurança alimentar e as consequências das mudanças climáticas têm sido motivo de atenção da chamada comunidade internacional.

Regiões como a África e a ALC se defrontam com um quadro de “dupla carga de enfermidades”, isto é, o convívio com moléstias transmissíveis epidêmicas, emergentes, reemergentes e negligenciadas – como as “três grandes” (HIV/AIDS, malária e tuberculose), mais dengue, doença de Chagas, leishmaniose, esquistossome, arboviroses hemorrágicas e outras – com doenças crônicas não transmissíveis, entre as quais enfermidades cardiovasculares, diabetes, obesidade, neoplasias e doenças mentais. Além disso, pobreza, fome, subnutrição e atenção insatisfatória à maternidade, à infância e aos idosos são responsáveis pelas elevadas mortalidades geral, materna e de menores de cinco anos, bem como pela baixa expectativa de vida ao nascer. Iniquidades nas condições de saúde e no acesso aos cuidados de saúde são encontradas tanto entre os países quanto no interior de cada um deles. Enquanto isso, o crescente consenso

¹ Este segmento do texto está baseado nos artigos de Buss e Ferreira (2010) e de Almeida et al. (2010).

científico confirma o senso comum de que sem populações saudáveis não haverá desenvolvimento.

Os chamados países de rendas baixa e média – alguns dos mais pobres do mundo e nos quais são prevalentes as condições de saúde como as que mencionamos anteriormente – apresentam sérias limitações na sua governança e têm baixa capacidade de formular e de implementar políticas sociais e de saúde capazes de enfrentar as necessidades de suas populações. Seus sistemas de saúde são geralmente frágeis, fragmentados, subfinanciados e faltam neles os recursos tecnológicos básicos para oferecer assistência à saúde e medidas de saúde pública adequadas às necessidades da população.

Demaneira geral, os profissionais de saúde disponíveis são escassos, mal capacitados e mal remunerados, o que se agrava com sua migração dos países em desenvolvimento para os países desenvolvidos. As razões para este *brain draining* são muitas, entre elas a falta de oportunidades e os baixos salários nos países de origem, mas também os esquemas de treinamento no exterior, sem garantias de retorno, o que consideramos um dos efeitos mais negativos da “assistência” internacional.

Em síntese, os sistemas de saúde da maioria dos países pobres são incapazes de enfrentar as necessidades de suas populações, as doenças prevalentes, seus principais fatores de risco e os determinantes ambientais e sociais que afetam a saúde, o que os coloca em situação de grande dependência da ajuda internacional, crucial tanto para o desenvolvimento quanto para a melhoria das condições de vida e saúde de suas populações.

As causas de tais questões – más condições de vida e de saúde e baixa capacidade de resposta por parte dos países em desenvolvimento – não são fruto do acaso. Como apontam diversos relatórios internacionais e autores, os determinantes sociais e econômicos da saúde e o fenômeno da globalização injusta, com a pobreza e a iniquidade entre as nações e no interior delas, como pano de fundo, estão na raiz da situação.

Com diversas iniciativas atendendo a interesses muitas vezes contraditórios e utilizando estratégias muito variadas, a Organização das Nações Unidas (ONU), as agências de cooperação dos países mais desenvolvidos do mundo, a filantropia internacional e, mais recentemente, os chamados países emergentes – entre os quais se encontra o Brasil – procuram responder àquelas preocupações, colocando a saúde como prioridade nas agendas de cooperação internacional e de programas de ajuda para o desenvolvimento.

Embora munidos das melhores intenções em ajudar as populações pobres dos países mais pobres do mundo, com grande frequência, tais

atores impõem suas próprias visões de mundo, assim como prioridades e objetivos de cooperação predefinidos. Os países beneficiários muitas vezes têm dificuldades em organizar as próprias demandas, devido à falta de coordenação entre seus Ministérios da Saúde, das Relações Exteriores e outros parceiros públicos e privados. As consequências são a fragmentação e a baixa eficiência dos recursos disponíveis localmente, já bastante limitados.

Neste contexto, é preciso estabelecer uma diferenciação entre assistência técnica e cooperação técnica. A primeira se baseia em iniciativas predefinidas, desenvolvidas unilateralmente por doadores, com baixa ou nenhuma participação dos beneficiários; já a segunda representa um esforço conjunto que integra doadores e beneficiários em parceria na qual as experiências prévias e as orientações estratégicas são compartilhadas, visando ao planejamento e à execução conjuntas, com a implementação da autonomia do parceiro e a sustentabilidade do processo como um todo.

Provavelmente, os recursos técnicos e financeiros disponíveis para a cooperação internacional em saúde nunca serão suficientes, dadas as enormes necessidades dos países em desenvolvimento. Entretanto, para tornar as coisas piores, na maioria das vezes, os recursos são aplicados de forma descoordenada, com os doadores apoiando projetos sobrepostos temática ou territorialmente, enquanto diversas áreas críticas permanecem desassistidas.

A esse contexto já difícil, soma-se a retração do financiamento da cooperação internacional, duramente golpeado pela crise econômico-financeira instalada globalmente em 2007 e 2008, ainda longe de ser resolvida. Na Cúpula do Milênio do ano 2000, os países mais ricos do mundo comprometeram-se em aplicar em ajuda externa cerca de 0,7% de seu Produto Interno Bruto (PIB) até 2015, para atingir os Objetivos do Milênio. Entretanto, essa proporção caiu pela metade nos últimos 40 anos: era de 0,48% no período de 1960 a 1965; hoje é de apenas 0,24%. Tal proporção representa 80 dólares por habitante dos países mais ricos, por ano, em programas de ajuda internacional, o que equivale a não mais do que um quinto dos gastos com defesa ou metade dos gastos em subsídios aos agricultores dos países centrais.

As críticas às Nações Unidas não são menores. Apontado como ineficiente, o sistema de agências da ONU, inclusive a Organização Mundial da Saúde (OMS), vê seu orçamento regular – propiciado pela contribuição obrigatória dos Estados membros – estagnar, havendo aumento apenas de recursos financeiros com finalidade específica (*earmarked*), apontada diretamente pelos doadores. No caso da OMS, cerca de 60% do orçamento

provém, hoje, de tais contribuições voluntárias (dos próprios países, das fundações filantrópicas e das empresas privadas), deixando o Conselho Executivo e o Secretariado da organização com uma margem de manobra programática bastante pequena. Em função da crise financeira e da relativa ineficiência institucional, o Brasil, associado a outros Estados membros, exortou a realização de uma reforma da OMS, processo iniciado em 2010, com finalização das proposições reformadoras neste ano de 2012.

A maior parte das atividades em saúde internacional não é compartilhada entre nações “equivalentes”; elas refletem a ordem política e econômica internacional, na qual a assistência internacional é provida pelas nações ricas e industrializadas e recebida pelos países pobres e subdesenvolvidos. A assistência internacional reflete as relações geopolíticas e reproduz os desequilíbrios de poder e de recursos. Isso significa que, como ação integrante e fundamental nas relações internacionais, a cooperação internacional reproduz as relações de poder instaladas no mundo globalizado e só será efetivamente modificada se também se alterarem as estruturas e as regras da governança global em saúde.

As críticas à governança global em saúde são pertinentes. Em todo o espectro das relações internacionais em saúde – inclusive da cooperação técnica – predominam as visões, as políticas e as práticas dos governos ou das organizações não governamentais, filantrópicas e empresariais dos países mais poderosos economicamente, que também ocupam a maior parte dos cargos das organizações multilaterais e das parcerias globais que dispõem de maior poder político e/ou econômico ou que nelas impõem suas orientações políticas.

Visando formular um processo mais adequado de cooperação com países em desenvolvimento, diversas alternativas – que de uma forma ou de outra questionam as práticas tradicionais e prevalentes de cooperação – devem ser tomadas em consideração. Esse processo deveria orientar-se por:

- mudar a estratégia de cooperação, calcada em programas baseados em uma única orientação global dos doadores, para uma cooperação compartilhada, orientada pelo planejamento estratégico centrado na realidade do país parceiro;
- passar de programas de ajuda “verticais” (intervenções com enfoque em doenças ou em situações e problemas particulares) para o enfoque “horizontal”, isto é, que se concentre no desenvolvimento integral dos sistemas de saúde. Os programas

verticais não contribuem para o fortalecimento do sistema como um todo; ao contrário, levam à fragmentação e à debilidade da estrutura, seja pelo recrutamento do melhor pessoal disponível no país seja por se concentrarem em certas áreas, abandonando outras prioritárias;

- dar ênfase ao longo prazo, em vez de concentrar-se exclusivamente nas necessidades de curto prazo. Isso implica o fortalecimento de instituições chave dos sistemas de saúde, para que venham adquirir genuína liderança nos processos nacionais, no desenvolvimento de uma agenda orientada para o futuro e no equilíbrio entre ações específicas dirigidas, com a finalidade de resolver problemas imediatos com a geração de conhecimentos e com o desenvolvimento de capacidades institucionais nacionais sustentáveis;
- incorporar amplamente nos programas de cooperação em saúde os determinantes sociais da saúde e as ações intersetoriais;
- priorizar programas de saúde pública (foco na população) ao invés de programas e atividades focadas estritamente em indivíduos.

Uma alternativa, segundo alguns, ou complemento, segundo outros, à tradicional cooperação Norte-Sul, eivada das distorções antes apontadas, tem sido a cooperação Sul-Sul.

O conceito e as práticas da cooperação Sul-Sul, também conhecida como cooperação horizontal, surgiram fundamentalmente nas esferas política e econômica durante os anos de Guerra Fria. No campo político, a partir da Conferência de Bandung (1955), os países do então chamado Terceiro Mundo buscaram unir-se no chamado Movimento dos Não Alinhados para fazer frente à bipolaridade, manterem-se equidistantes em relação aos blocos liderados por Estados Unidos e União Soviética e negociar o estabelecimento de uma ordem econômica mais favorável. Naquele momento, multiplicavam-se os Estados independentes na África e na Ásia, após anos de exploração colonial. A maior parte deles padecia de severa desorganização social, política e econômica, decorrente de anos de luta pela autonomia e/ou de conflitos étnicos localizados. A procura de cooperação entre os países do sul, buscando soluções de problemas similares, recebe também a adesão de algumas nações latino-americanas.

Há cerca de 30 anos, em 1978, no contexto da descolonização de nações, predominantemente na África e em algumas regiões da Ásia e do Caribe, foi realizada a Conferência das Nações Unidas sobre Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD), cujas recomendações foram aprovadas pelos 138 Estados nacionais participantes, na forma do Plano de Ação de Buenos Aires para Promover e Implementar a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento, marco na história da cooperação internacional por se ter constituído na base da autonomia da cooperação externa entre países em desenvolvimento.

No contexto da cooperação Sul-Sul, o Brasil desenvolve no setor da saúde, na segunda metade da década inicial do século XXI, a chamada cooperação estruturante em saúde, que se materializa em duas importantes iniciativas: o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde no âmbito da Comunidade de Países de Língua Oficial Portuguesa (PECS/CPLP) e a criação e o desenvolvimento da Unasul Saúde, por meio do Conselho de Ministros da Saúde da União de Nações Sul-americanas (Unasul).

A cooperação em saúde no âmbito da CPLP: o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS/CPLP)

A CPLP (Comunidade de Países de Língua Portuguesa) é composta de oito Estados membros: Brasil, nas Américas; Portugal, na Europa; Timor-Leste, na Ásia e cinco países na África (Angola, Moçambique, Guiné-Bissau, Cabo Verde e São Tomé e Príncipe), que são os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (Palop).

A situação de saúde dos Palop é muito grave, com baixa expectativa de vida, altas taxas de mortalidades maternas e infantis e alta prevalência de moléstias infecto-parasitárias, condições muito parecidas às que se encontravam no Brasil em meados do século XX. Seus sistemas de saúde são extremamente frágeis, com cobertura deficiente, insuficiência no número de unidades de serviços, dificuldades na governança, pessoal insuficiente e mal pago e configuração tecnológica pouco adequada ao perfil epidemiológico. O gasto em saúde é minúsculo, sequer cobre necessidades básicas de atenção primária. O apoio técnico e financeiro internacional mostra-se vital para o funcionamento mínimo dos sistemas de saúde dos Palop e do Timor Leste.

As difíceis condições sociais e econômicas vividas pelos Palop e pelo Timor Leste, recém-saídos de situações de conflitos internos

graves², que, em muitos casos, destruíram infraestruturas e dificultaram a construção de institucionalidades e governança eficazes, inclusive na área da saúde, levou os países membros da CPLP a identificar na saúde um campo propício à cooperação solidária e ao intercâmbio de experiências inovadoras.

A eleição da cooperação Sul-Sul entre os países da CPLP foi uma alternativa natural, facilitada pela questão idiomática (a maioria dos profissionais de saúde dos Palop, por exemplo, fala apenas português e idiomas nativos), de um lado, e pelas identidades políticas, ideológicas e culturais, de outro. Embora com recursos financeiros escassos, o diferencial na cooperação em saúde na CPLP tem sido a abundância de recursos humanos qualificados e a oferta de programas de pós-graduação em áreas críticas da saúde, como saúde pública, saúde da mulher e da criança e doenças transmissíveis, em países como Brasil e Portugal.

O modelo operativo para a cooperação em saúde adotado pelos países da CPLP baseia-se no desenvolvimento compartilhado de um Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS/CPLP) (CPLP, 2009), que leva profundamente em conta a situação socio sanitária dos países, suas capacidades de resposta aos principais problemas encontrados e os recursos técnicos e financeiros existentes que possam solidariamente ser colocados à disposição dos demais, em um processo de cooperação comprometida com os princípios de apropriação, alinhamento e harmonização.

A cooperação inclui sete eixos temáticos para a definição tanto de projetos prioritários quanto de metas a serem atingidas (CPLP, 2009):

- 1) formação e desenvolvimento da força de trabalho em saúde;
- 2) informação e comunicação em saúde;
- 3) investigação em saúde;
- 4) desenvolvimento do complexo produtivo da saúde;
- 5) vigilância epidemiológica e monitorização da situação de saúde;
- 6) emergências e desastres naturais;
- 7) promoção e proteção à saúde.

Para o desenvolvimento dos eixos temáticos de cooperação, os ministros da Saúde determinaram que o plano enfatizasse o apoio ao pleno desenvolvimento dos Ministérios da Saúde como autoridade

² Em 2010, comemoram-se os 35 anos de independência de todos os Palop, que ocorreram nos anos de 1974 e 1975, imediatamente após a Revolução dos Cravos, em Portugal.

sanitária nacional e o fortalecimento da atenção primária de saúde como principal diretriz política, além do reforço às denominadas “instituições estruturantes dos sistemas de saúde”³: Institutos Nacionais de Saúde Pública, Escolas Nacionais de Saúde Pública, Escolas Técnicas de Saúde, outros Institutos Nacionais – como os referentes à saúde da mulher e da criança – e escolas de graduação das profissões da saúde (medicina, enfermagem etc.). Todas elas estariam sob uma estratégia dominante, a de geração de redes dinâmicas para a cooperação.

A excelente recepção dos países ao PECS/CPLP está levando a CPLP a aplicar modelos similares em outras áreas de cooperação social, como a educação e o meio ambiente, entre outras.

A perspectiva é de que toda a ação abrangente de fortalecimento dos sistemas de saúde dos Palop e do Timor-Leste, por meio da estratégia da “cooperação estruturante em saúde”, no contexto da cooperação Sul-Sul, contribua para melhorar a alarmante situação de vida e de saúde de milhões de africanos e timorenses que falam o idioma de Camões e que estão ligados por laços históricos, culturais e de solidariedade.

Cooperação Sul-Sul na América do Sul: Unasul Saúde

Organizados anteriormente em dois principais blocos regionais (Comunidade Andina e Mercado Comum do Sul – Mercosul), os 12 países da América do Sul agrupam-se agora como União de Nações Sul-Americanas (Unasul), criada formalmente em maio de 2008, em Brasília, em um momento de reafirmação democrática e de emergência de governos populares e progressistas na maioria dos países da região. Consideram alguns analistas que esse bloco político regional representa o primeiro genuíno contrabalanço ao poder político dos Estados Unidos no hemisfério.

Sintetizando a visão positiva da diplomacia brasileira quanto ao projeto de integração, Simões afirma que:

A Unasul inaugura uma fase sem precedentes nas relações internacionais da América do Sul [...], representando uma “mudança de paradigma”

³ Instituições estruturantes dos sistemas de saúde são as que têm capacidade de operacionalizar sistemas e serviços de saúde de maneira efetiva, eficiente e sustentável, em especial por meio do poder oficial, da capacidade de gestão e de prestação de serviços em saúde (Ministérios da Saúde, por exemplo), da aptidão de treinamento de profissionais de saúde e da geração de dados úteis para a tomada de decisão, por meio de P&D e do treinamento dos recursos humanos essenciais para o campo da saúde (Institutos Nacionais de Saúde, Escolas de Saúde Pública, Escolas de Saúde Técnicas/Vocacionais, outros Institutos e escolas de graduação em saúde, por exemplo) (Buss, 2008 – artigo ainda não publicado).

no relacionamento sul-americano, oportunidade real de aceleração do desenvolvimento econômico e social dos países membros e possibilidade concreta de maior projeção da região num mundo multipolar (SIMÕES, 2009).

A Unasul tem como objetivo:

Construir, de forma participativa e consensual, um espaço de integração e união nos campos cultural, social, econômico e político entre seus povos, outorgando prioridade ao diálogo político, às políticas sociais, saúde, educação, energia, infraestrutura, financiamento e meio ambiente, entre outros, com vistas a eliminar as desigualdades sócio-econômicas, lograr a inclusão social e a participação cidadã, fortalecer a democracia e reduzir as assimetrias, no marco do fortalecimento da soberania e independência dos Estados membros (Unasul Saúde, 2010).

A primeira reunião de chefes de Estado e de governo no Brasil, realizada na Costa do Saúpe, Bahia, de 16 a 18 de dezembro de 2008 (Unasul 2008), culminou em diversas declarações políticas e na constituição do Conselho Sul-Americano de Defesa e do Conselho Sul-Americano de Saúde, demonstrando, com este último, a prioridade do tema e da agenda de saúde entre os líderes políticos da América do Sul.

O conselho é composto de ministros da Saúde dos 12 Estados membros. A Unasul Saúde tem como propósito consolidar a integração da América do Sul na saúde por meio de políticas baseadas em acordos mútuos, atividades coordenadas e esforços de cooperação entre os países (Unasul Saúde, 2010).

A Agenda Sul-Americana de Saúde, aprovada pelo conselho e materializada no Plano Quinquenal 2010-2015 da Unasul Saúde, contempla uma amplitude temática que inclui os seguintes elementos substantivos (UNASUL Saúde, 2010):

1. elaborar a Política Sul-Americana de Vigilância e Controle de Eventos em Saúde;
2. desenvolver sistemas universais de saúde;
3. promover o acesso universal a medicamentos e a outros insumos para a saúde e desenvolver o complexo produtivo da saúde na América do Sul;
4. promover a saúde e enfrentar de forma conjunta seus determinantes sociais;
5. desenvolver recursos humanos em saúde.

A iniciativa crucial para a melhoria da governança setorial da saúde nos países sul-americanos e para a implementação do Plano Quinquenal foi a criação, pelo Conselho de Ministros da Saúde da Unasul, do Instituto Sul-americano de Governo em Saúde (ISAGS)⁴, que está operando desde julho de 2011.

O ISAGS tem o propósito de contribuir com os países sul-americanos no preparo dos dirigentes dos seus sistemas de saúde, em face do reconhecimento de que todas as iniciativas na Agenda de Saúde dependem da qualidade de condução e liderança, de coordenação e gestão, da formulação de políticas de saúde e intersetoriais, da capacitação avançada, da produção de conhecimento e outros aspectos relacionados às funções essenciais da saúde pública, inclusive o novo campo conceitual e de prática da diplomacia da saúde. Outra missão importante da nova instituição será a gestão do conhecimento já existente e a produção daquele que ainda se faz necessário para a consecução de seus propósitos, de forma compartilhada com os atores sociais e políticos relevantes nas esferas sociais e da saúde da região.

O ISAGS é uma instituição de natureza comunitária, pertencente, portanto, a todos os países signatários da Unasul, de caráter público, sediada no Rio de Janeiro. Tem estrutura enxuta e flexível e articula seu programa de trabalho com instituições nacionais e centros de formação e pesquisa equivalentes de países da região, por meio da integração com redes das chamadas instituições estruturantes dos sistemas de saúde, já mencionadas antes.

O instituto foi implantado graças à generosa contribuição de cerca de R\$ 10 milhões, que servirá também para mantê-lo ativo (e financiado) nos primeiros dois anos de atuação. A reforma dos sistemas de saúde dos países da região, assim como o aperfeiçoamento de seus sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária, tão importantes no contexto das relações internacionais na região, foram objetos das primeiras Oficinas de Trabalho do ISAGS, em 2011, reunindo as mais importantes lideranças dos Ministérios da Saúde dos países da região. Em 2012, está programada uma oficina precisamente sobre saúde global e diplomacia da saúde, com a intenção de aperfeiçoar a governança global e nacional dos países da região quanto à saúde internacional.

⁴Ver www.isags-unasul.org.

Considerações finais

A diplomacia brasileira e a saúde pública da nascente República do Brasil, sob as lideranças do Barão do Rio Branco e de Oswaldo Cruz, no contexto dos governos modernizadores do presidente Rodrigues Alves e do prefeito Pereira Passos, protagonizaram, no início do século XX, um dos mais bem-acabados exemplos de diplomacia da saúde.

Com o controle das principais moléstias tropicais da época e com o saneamento do Rio de Janeiro, o médico, sanitarista e cientista Oswaldo Cruz acumulou experiência política, conhecimentos científicos e vivência de práticas de saúde pública, que o ajudaram a criar e dirigir instituições que até hoje são bem-sucedidas. O cientista e suas instituições constituíram marco pioneiro da ciência brasileira aplicada à política pública, com intervenções decisivas sobre a realidade sócio-sanitária nacional. Tais eventos outorgaram-lhe reconhecimentos nacional e mundial, servindo de base técnico-científica para a participação política do Brasil no cenário internacional.

O Barão do Rio Branco consolidou, em definitivo, as bases políticas e técnicas da diplomacia da nascente República do Brasil, ou seja, também foi decisivo na institucionalização do seu amplo campo de atuação. Por outro lado, soube aproveitar a competência técnica acumulada na área da saúde para fazer do Brasil um importante protagonista na construção da institucionalidade da saúde pública internacional, em defesa da saúde dos seus concidadãos e que também exigia a dinâmica econômica e comercial da época, seja por meio das Conferências Internacionais Pan-Americanas, ou das Conferências Sanitárias e dos tratados entre países da região.

No início do século XXI, essa tradição persiste, e o Brasil reúne as competências da diplomacia e da saúde pública para manter o país como um dos atores mais ativos na construção da institucionalidade internacional nesta área vital para a saúde dos povos da região.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, C. et al. A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde (RECIIS)*. v. 4, n. 1, pp. 25-35, mar. 2010.

BRITTO, N. Oswaldo Cruz. *A construção de um mito na ciência brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 111 pp.

BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde (RECIIS)*. v. 4, n. 1, pp. 93-105, mar. 2010.

_____. 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). *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde (RECIIS)*. v. 4, n. 1, pp. 81-93, mar. 2010.

CPLP (2009). *Declaração do Estoril e PECS/CPLP*. Estoril, 2009. Disponível em: <<http://www.cplp.org/Saúde.aspx?ID=353>>. Acesso em: 4 mar. 2012.

CUETO, M. *O valor da saúde: história da Organização Pan-Americana da Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 241 pp.

FRAGA, C. *Vida e obra de Oswaldo Cruz*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 238 pp.

GARCIA, G. D.; ESTRELLA, E.; NAVARRO, J. *El Código Sanitário Panamericano: Hacia una política de salud continental*. Washington: Opas, 1999. 38 pp.

HARDMAN, F. F. *Trem-fantasma: a ferrovia Madeira-Mamoré e a modernidade na selva*. São Paulo: Companhia das Letras, 2005. 345 pp.

HOBBSAWM, Eric. *Age of extremes: the short twentieth century (1914-1989)*. New York: Pantheon Books, 1995.

LÖWY, I. *Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 427 pp.

SCLIAR, M. *Oswaldo Cruz: entre micróbios e barricadas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. 101 pp.

SCLIAR, M. *Oswaldo Cruz*. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Letras, 2009. 64 pp.

SIMÕES, A. J. F. Unasul: a América do Sul e a construção de um mundo multipolar. In: IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE POLÍTICA EXTERNA E POLÍTICA INTERNACIONAL, 2009. Textos acadêmicos. Rio de Janeiro: Fundação Alexandre de Gusmão.

STEPAN, N. *Gênese e evolução da ciência brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz: Artenova, 1976. 188 pp.

TRINDADE, N. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões. In: FINKELMAN, J. *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 326 pp., pp. 23-116.

UNASUL Saúde (2010). *Plano Quinquenal 2010-2015*. Disponível em: <<http://isags-unasul.org/site/documentos/conselho-de-saude-sul-americano-plano-quinquenal-2010-2015/>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

UJVARI, S. C. *A história e suas epidemias*. Rio de Janeiro: Senac, 2003. 311 pp.



