



**RELATÓRIO SOBRE O  
CURSO DE ATUALIZAÇÃO  
SOBRE BIOÉTICA  
E COOPERAÇÃO  
INTERNACIONAL EM  
SAÚDE PÚBLICA**



# **RELATÓRIO SOBRE O CURSO DE ATUALIZAÇÃO SOBRE BIOÉTICA E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**



Brasília, fevereiro 2012

© 2012 NETHIS Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Essa publicação foi produzida com apoio do Programa de Cooperação Internacional em Saúde (TC 41) da Organização Pan americana da Saúde - Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil

© Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

1ª edição, 2012 – Versão Web

<http://www.bioeticaediplomacia.org>

*Coordenador*

José Paranaguá de Santana

*Elaboração e coordenação técnica e editorial*

Alejandra Carrillo Roa

José Paranaguá de Santana

*Colaboração e assessoria*

Carlos Henrique Paiva

Rejane Cruz

Renata Mota

Roberta de Freitas Santos

Samira Santana

Susana Damasceno

Thiago Rocha da Cunha

*Revisão técnica*

José Paranaguá de Santana

*Projeto gráfico, revisão e editoração:*

All Type Assessoria Editorial Ltda

Ficha catalográfica elaborada por Renata Mota.

NETHIS

#### Ficha Catalográfica

Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde.

Relatório sobre o curso de atualização sobre bioética e cooperação internacional em saúde pública / Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde. – Brasília : NETHIS, 2012.

30p.: il.

ISBN: 978-92-75-71683-0

1. Brasil – bioética. 2. Diplomacia em saúde. 3. Cooperação internacional. 4. Saúde pública. 5. Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde. I. Título.

<b>Apresentação</b>	<b>5</b>
<b>1 Justificativa e Objetivo do Curso</b>	<b>6</b>
<b>2 Carga Horária, Professores e Programa</b>	<b>7</b>
<b>3 Inovação: curso simultâneo em Brasília e São Paulo</b>	<b>8</b>
<b>4 Síntese dos conteúdos abordados durante o curso</b>	<b>9</b>
4.1 Fundamentos de Bioética e Saúde Global .....	9
4.2 Doenças Infecciosas, Emergências em Saúde Pública e Saúde Global .....	11
4.3 A Cooperação Internacional: do Norte-Sul ao Sul-Sul.....	14
4.4 Cooperação Sul-Sul no Contexto da Multilateralidade .....	15
4.5 Compromissos do Brasil com a Saúde Global e a Cooperação Sul-Sul .....	17
4.6 Mudanças Climáticas e Reflexos na Saúde Global .....	19
<b>5 Oficina de Trabalho</b>	<b>21</b>
5.1 Cooperação Internacional em Saúde: Experiências Insulares em um Mundo em Transformação .....	21
5.2 Anexo 1. Oficina de Trabalho sobre o Haiti.....	23
5.3 Anexo 2. Fotografias.....	27



O presente relatório registra as informações sobre o *Curso de Atualização sobre Bioética e Cooperação Internacional em Saúde Pública*, realizado simultaneamente nas cidades de São Paulo e Brasília, no período de 30 de janeiro a 3 de fevereiro de 2012.

O curso foi oferecido pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) e o Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde (Nethis) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com apoio da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do Instituto de Relações Internacionais da Universidade de Brasília (Irel/UnB).

A promoção de iniciativas colaborativas entre instituições brasileiras e internacionais, do campo universitário e associativo, faz parte do plano de trabalho do Nethis. O propósito dessas iniciativas é formular ideias, discutir alternativas, fomentar estudos e apoiar a formação de quadros técnicos e científicos na seara interdisciplinar da saúde pública, da diplomacia e da bioética.

**Paulo Antonio de Carvalho Fortes**  
Professor Titular de Saúde Pública  
Vice-Diretor FSP/USP

**José Paranaguá de Santana**  
Coordenador do Projeto NETHIS  
Gerente do TC 41 OPAS-MS/FIOCRUZ

**Alejandra Carrillo Roa**  
Pesquisadora do Nethis

Este curso é resultado dessas iniciativas colaborativas e constitui parte das atividades configuradas dentro do plano de trabalho do Nethis como seminários propedêuticos, que visam difundir e aprofundar a reflexão entre a comunidade acadêmica e os formuladores de políticas públicas sobre a progressiva importância da cooperação internacional em saúde no contexto das relações diplomáticas e a pertinência e relevância das questões bioéticas vinculadas aos métodos, operações e resultados dessas iniciativas de cooperação.

Nesse sentido, a parceria entre o Nethis e a Faculdade de Saúde Pública da USP será continuamente renovada com o propósito de contribuir na preparação dos profissionais, aliando os conhecimentos teóricos sobre os novos desafios da cooperação internacional na saúde pública ao referencial da bioética, de maneira a promover uma atuação na sociedade atenta às injustiças e solidária.

O cenário internacional em constante transformação requer a intensificação do diálogo entre a universidade e as instituições de saúde, envolvendo gestores e profissionais, para aprofundar a reflexão acerca das repercussões sobre as condições de vida e saúde associadas a tais transformações. Paralelamente, surgem atores que requerem novas alianças e estruturas, alterando a dinâmica na definição da agenda sanitária global, e emergem novos desafios para a cooperação internacional e para os países que tentam conciliar os interesses desses atores com suas próprias prioridades nacionais. A proposta do curso de atualização vem ao encontro da necessidade de aprofundamento da reflexão sobre a cooperação internacional em saúde pública a partir do referencial da bioética.

A partir de uma abordagem do tema da saúde no contexto internacional, apresentou-se uma análise sobre a situação de saúde, com ênfase sobre as doenças transmissíveis, que revela profundas desigualdades entre as populações dos diversos países

e regiões do planeta. Além dos aspectos sobre a saúde humana, foi abordada a problemática das mudanças climáticas e seus reflexos sobre a saúde das comunidades em escala global.

Diante desse cenário, foi feita uma revisão histórica sobre a inclusão da saúde como parte das relações internacionais e, particularmente, da política externa dos países, tomando o caso do Brasil como referência. Levando em conta esse enfoque, o curso propôs uma reflexão sobre as práticas de cooperação para o desenvolvimento no campo da saúde, ressaltando as dimensões históricas e conceituais desse processo no seio das Nações Unidas, a cooperação multilateral e o surgimento da proposta da Cooperação Sul-Sul.

O objetivo do curso foi discutir e analisar as transformações desencadeadas pelo processo de globalização no setor sanitário e os novos desafios para a cooperação internacional na saúde pública mediante o referencial da bioética.

O curso foi realizado no período de 30/01 a 03/02 de 2012, com uma carga total de 32 horas, distribuídas segundo o cronograma de aulas resumido na Tabela 1.

As responsabilidades de realização do curso foram divididas igualmente entre a FSP/USP e o Nethis, correspondendo quatro sessões a cada instituição.

A Faculdade de Saúde Pública ficou a cargo das sessões numeradas na Tabela 1 como: 1ª, 2ª, 6ª e 8ª aula. Essas aulas foram ministradas por professores titulares ou especialistas da própria FSP/USP; para a sessão da sexta-feira foram convidados especialistas dos Médicos Sem Fronteiras (MSF).

O Nethis ficou a cargo das sessões numeradas na Tabela 1 como: 3ª, 4ª, 5ª e 7ª aula. Essas aulas foram ministradas por especialistas do Centro de Relações Internacionais (Cris/Fiocruz); da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do Instituto de Relações Internacionais da Universidade de Brasília (Irel/UnB).

**Tabela 1** Cronograma de Aulas do Curso de Atualização de Bioética e Cooperação Internacional em Saúde Pública

DATA	MANHÃ	TARDE
30/01	1ª aula - Fundamentos de Bioética e Saúde Global Profs: Paulo Antonio Fortes (FSP/USP) Daniele Sacardo Nigro (FSP/USP)	2ª aula - Doenças Infeciosas, Emergências em Saúde Pública e Saúde Global Prof: Eliseu Alves Waldman (FSP/USP)
31/01	3ª aula - A cooperação internacional: do Norte-Sul ao Sul-Sul Prof: José Flávio Sombra Saraiva (Irel/UnB)	LIVRE
01/02	4ª aula - Cooperação Sul-Sul no Contexto da Multilateralidade Prof: Felix Rigoli (OPAS)	5ª aula - Compromissos do Brasil com a Saúde Global e a Cooperação Sul-Sul. Prof: Paulo Buss (CRIS/FIOCRUZ)
02/02	6ª aula - Mudanças climáticas e Reflexos na Saúde Global Profs: Helena Ribeiro (FSP/USP) Guilherme Lefevre (FSP/USP)	7ª aula - Saúde como Cooperação para o Desenvolvimento Profs: Luis Fonseca (CRIS/FIOCRUZ) José Paranaguá (OPAS)
03/02	8ª aula - Assistência Humanitária e Saúde Profs: Tyler Fainstat (MSF) Mara Diegoli (MSF)	LIVRE

O Curso de Atualização sobre Bioética e Cooperação Internacional em Saúde Pública inovou ao oferecer aulas de maneira simultânea em duas cidades diferentes: Brasília e São Paulo. Desse modo, duas turmas (26 alunos na USP e 26 alunos no Nethis) participaram das aulas, debateram e trocaram ideias desde suas respectivas cidades.

O apoio da UNA-SUS possibilitou a transmissão e o compartilhamento em tempo real das aulas lecionadas em ambas as instituições. A UNA-SUS viabilizou a participação dos técnicos em informática e forneceu os equipamentos de vídeo conferência em alta definição de som e imagem. Além disso, todo o material didático produzido foi gravado para ser posteriormente disponibilizado no portal do Nethis e na plataforma “Acervo de Recursos Educacionais em Saúde” (ARES/UNA-SUS).

### 3 Inovação: curso simultâneo em Brasília e São Paulo

## 4.1 Fundamentos de Bioética e Saúde Global<sup>1</sup>

A bioética é a disciplina que visa construir uma ponte entre a ciência, as humanidades, especificamente entre as ciências biológicas e sociais e os valores e princípios morais. Também pode ser entendida como um movimento sociocultural de reaproximação das ciências naturais (biológicas) com as humanidades, a cultura e o espírito.

Nos séculos XVIII e XIX se idealizou que a ciência e a técnica seriam instrumentos para unificar o homem e o conduzir para uma sociedade pacífica e desenvolvida. Disto resultou um afastamento entre a ciência, a tecnologia e a ética (valores). Em consequência, a ética foi considerada um obstáculo para as descobertas científicas.

Nas últimas décadas do século XX houve uma reaproximação entre as ciências e as humanidades, o que se manifestou no fortalecimento das éticas aplicadas, tais como: a

ética do meio ambiente, a ética das tecnologias, a ética das ciências e a bioética.

Assim, a bioética é entendida como “o estudo sistemático das dimensões morais das ciências da vida e dos cuidados da saúde, empregando uma variedade de metodologias éticas em um ambiente interdisciplinar.” (Reich WT. editor. Revised edition. Encyclopedia of Bioethics [CD ROM]. New York: Macmillan Library Reference; 1995)

A bioética se esforça por abranger as dimensões biológica, social, psíquica, espiritual, cultural e histórica do ser humano sobre questões, problemas e dilemas éticos que emergem da vida e da saúde. (Fortes PAC, Zoboli ELCP. Ética da saúde pública. In: Rocha AA, Cesar CLG. São Paulo: Atheneu; 2008. p.197-210) (Guerra MM. A disciplina bioética. Revista Brasileira de Bioética 2007; 3(2):157-169).

A bioética se apresenta como um movimento sociocultural de defesa e proteção de valores éticos no campo da vida e da saúde, que se manifesta mediante pesquisas, discursos e práticas, geralmente multidisciplinares.

Entre as figuras mais destacadas da Bioética se encontra o Professor

Van Rensseldel Potter do *McArdle Laboratory for Cancer Research* da Universidade de Wisconsin/Madison, cujas obras “*Bioethics: the science of survival*” (1970) e “*Bioethics: Bridge to the future*” (1971) abordam a bioética como uma aliança dos saberes biológicos e do sistema de valores humanos, apontando para uma bioética de orientação social e ecológica.

Outra referência relevante em bioética é o médico holandês, professor de Obstetrícia e Ginecologia da Universidade de George Washington e da Fundação do The Joseph and Rose Kennedy Institute, André Hellegers, que introduz o termo bioética enquanto disciplina acadêmica, de natureza interdisciplinar, favorecendo a divulgação da mesma. Porém, identifica-o com o campo biomédico, preocupado com avanços médicos e científicos e com questões prioritariamente individuais, tais como: clonagem, aborto, transplante, etc. Reforça uma bioética de fronteiras, onde a autonomia é o princípio ético prevalente e provoca um afastamento de temas relacionados ao coletivo.

À aproximação da bioética com o coletivo, com o social, se dedicaram vários bioeticistas brasileiros e latino-americanos, desde 1990, buscando

1 Síntese dos slides apresentados pelo professor Paulo Antonio Fortes (FSP/USP) e pela professora Daniele Sacardo Nigro (FSP/USP).

uma bioética que trate de questões como: desigualdades sociais e equidade, justiça social, pobreza, racismo e saúde pública. Entre as orientações brasileiras relacionadas à bioética da vida cotidiana destacam: a Bioética da Proteção, a Bioética da Intervenção e a Bioética e Teologia da Libertação.

Por sua parte, a saúde global é um conceito polissêmico, complexo, que requer abordagem transdisciplinar e intersetorial (Economia, Filosofia, Ciências Políticas, Saúde Pública, Epidemiologia, Relações Internacionais, Ciências Sociais, Geografia, Direito, Antropologia etc.)

A expressão “saúde global” emergiu como parte de um processo histórico e político mais amplo, que envolve a dinâmica da globalização da saúde pública nas últimas décadas, no qual a OMS viu seu papel, antes dominante, ser desafiado, e se reposicionou no âmbito de um conjunto de alianças de poder em transformação. (Brown; Cueto; Fee, 2006, p.641)

“A expressão saúde global visa transcender os usos ideológicos anteriores da saúde internacional e implica compartilhar suscetibilidades, experiências e responsabilidades globais pela saúde”. (Birn, 2009, p.63; apud Kickbusch, 2010, p.19).

O “global” não significa apenas maior interdependência, mas também um novo campo de ação que não pode ser facilmente resolvido em âmbito nacional, pois transcendem as fronteiras nacionais. Uma política de saúde global é por definição intersetorial e precisa ser articulada com outras áreas de políticas, como as de comércio, propriedade intelectual, segurança alimentar, direitos humanos (Kickbusch, 2000, *apud* Almeida, 2010, p.150). Refere-se “àquelas questões de saúde que transcendem fronteiras nacionais e governos e demandam intervenções nas forças e fluxos globais que determinam a saúde das pessoas. Requer novas formas de governança em nível nacional e internacional, as quais procuram incluir uma ampla gama de atores”. (Kickbusch e Lister, 2006, p.7).

“Iniciativas Globais em Saúde” (Global Health Initiatives - GHI), previamente conhecidas como “Parcerias Público-Privadas em Saúde Global” ou “Parcerias em Saúde Global” (Global Health Public-Private Saúde Global Partnership ou Global Health Partnership), transformaram-se numa resposta concertada, em nível internacional, ao aumento da “carga de doença” global. Alguns exemplos são: Fundo Global de Luta Contra a Aids, Tuberculose e Malária (Fundo Global); a Aliança Global para Vacinas e Imunização (GAVI); o Plano de Emergência dos

EUA para o Alívio da Aids (PEPFAR); e o Programa Multipaíses do Banco Mundial para a Aids (MAP) (WHO, 2009).

A implementação de uma política pública global dependeria de duas formas de subsídios – verticais (“pensar globalmente e agir localmente”) e horizontais, que implica a construção de parcerias público-privadas, potencializando a melhor capacidade de atuação de cada parceiro, numa dada circunstância. O desafio da responsabilização estaria em colocar atores “divergentes” para atuar numa “rede de responsabilização conjunta” que refletisse a articulação das relações de poder vertical e horizontal (Kickbusch 2000, *apud* Almeida, 2010, p.151).

A “governança global”, por sua vez, possibilitaria a provisão dos “bens públicos globais”, a partir de instrumentos internacionais (acordos, convenções) negociados e assinados pelos governos de distintos países, relativos a questões especificamente problemáticas e de interesse global.

A saúde global pode ser vista em quatro enfoques:

- 1) Enfrentamento da questão da luta contra as doenças endêmicas e epidêmicas (ex. HIV/Aids, Tuberculose, Malária), sobretudo nos países do sul do mundo, pandemias (ex. gripe aviária,

gripe A-H1N1), numa perspectiva de “segurança global”.

- 2) Análise dos impactos da globalização na saúde das populações, com foco central na política de saúde, em nível nacional, e sua interação com o nível internacional, na possibilidade de criação de uma “política de saúde global”, incluindo-se a discussão dos enfoques “bens públicos globais” e da “governança global”.
- 3) Discussão de caminhos que permitam o alcance de uma “globalização mais equitativa” em saúde, centrada na discussão das questões macroeconômicas e nos determinantes da saúde.
- 4) Para construir força política na perspectiva de estruturar “uma luta global pela saúde” (Almeida, 2010, p.152).

Entre a Bioética e a Saúde Global há distintos espaços para o diálogo já que inúmeras questões de saúde ultrapassam as fronteiras nacionais, são globais pela própria natureza e implicam a necessidade de acordos globais para sua resolução. A saúde global pode ser compreendida como valor em si, levando a uma orientação de natureza solidária e altruísta. Porém, também pode ser tratada como ferramenta para viabilizar interesses

próprios de países, fundamentalmente dos países ricos, preocupados com a segurança sanitária de seus interesses fronteiriços, militares, econômicos e comerciais.

A bioética pode trazer argumentações acerca do imperativo ético de reduzir injustiças globais, ou ainda, de construir articulações e definições de padrões para estruturas justas nas questões de relevância para a saúde global.

A bioética pode orientar para a manutenção do princípio da igualdade entre os indivíduos, no intuito de impedir a discriminação ou o favoritismo em relação a diferentes grupos. Também pode observar, quando necessário, o princípio da diferença (equidade), dando pesos desiguais, por exemplo, de acordo às desigualdades sociais e sanitárias e/ou ao risco de perda de vida.

## 4.2 Doenças Infecciosas, Emergências em Saúde Pública e Saúde Global<sup>2</sup>

As doenças infecciosas e suas origens remontam aos primeiros aglomerados populacionais que surgiram há cerca de 11 mil anos e que para a criação de fontes regulares de alimento domesticam animais. A persistência de agentes infecciosos entre seres humanos pressupõe a transmissão contínua: pessoa a pessoa e homem a animal.

As origens das doenças infecciosas perpassam a história desde o surgimento de impérios c/ amplos territórios, a ampliação progressiva do intercâmbio, a disseminação das doenças infecciosas e dos vetores da disseminação dos agentes infecciosos (caravanas de mercadores - exércitos de conquistadores) até as populações suscetíveis de pequenos aglomerados e das primeiras epidemias.

Ao final da idade média acontecem as primeiras grandes epidemias (Pandemias da Peste Bubônica) com rápida elevação da mortalidade, virando eventos demográficos relevantes. No século XV, com o início das

---

2 Síntese dos slides apresentados pelo professor Eliseu Alves Waldman (FSP/USP).

grandes descobertas surge a varíola no Império Asteca, resultando em 10 – 15 milhões de mortes.

O impacto demográfico das grandes epidemias afeta a economia e a segurança do Estado. Acontece então a criação dos primeiros sistemas regulares de estatísticas de mortalidade. No século XVII, na Inglaterra, iniciado por John Graunt (1620-1674), e no século XIX, na Inglaterra, aprimorado por William Farr (1807-1883), precursor da vigilância.

Os principais problemas de saúde pública no século XIX são: a fome endêmica; as doenças infecciosas endêmicas e as doenças infecciosas de caráter epidêmico, tais como as epidemias de cólera em Londres em plena era vitoriana.

Ao final do século XIX, houve avanços importantes como: a “Revolução Pasteuriana” fundamentada na unicausalidade das doenças; a teoria do germe e o enorme progresso no conhecimento sobre as doenças infecciosas e a ampliação dos campos de pesquisa básica e aplicada, permitindo o rápido desenvolvimento de novas tecnologias de controle (soros e vacinas). Devido a esses avanços, alguns otimistas já previam a erradicação de doenças infecciosas.

O século XX também foi uma era de rápidas transformações. Houve significativos

avanços nos conhecimentos a respeito das causas e de instrumentos de controle das doenças. Progredimos no campo do saneamento, da nutrição das populações, na segurança do trabalho, desenvolvemos vacinas e drogas eficazes. Houve uma expressiva elevação da expectativa de vida ao nascer e uma importante diminuição da mortalidade em menores de 5 anos, ocasionando as chamadas transição demográfica e epidemiológica.

Na década de 90, o ressurgimento de doenças já controladas nos países desenvolvidos e a rápida propagação de outras recentemente introduzidas na população humana, recolocam as doenças infecciosas na pauta de prioridades de Saúde Pública, agora sob nova abordagem: Doenças Emergentes e Reemergentes.

Essa nova abordagem inclui preocupações com o uso de armas químicas e microbiológicas. Além disso, induz modificações nas concepções de conquista das doenças infecciosas e salienta os obstáculos de propostas de erradicação de doenças infecciosas. Indiretamente amplia a discussão sobre a “Hipótese da Higiene” e fortalece a aplicação da Teoria Evolucionária para a compreensão do comportamento das doenças infecciosas emergentes e reemergentes. Também, abre discussões em relação a questões éticas e aos direitos individuais (TBMDR, SARS), pela aplicação

do isolamento e quarentena e induz a criação de sistemas de vigilância global.

Entre os fatores associados à emergência e reemergência de doenças infecciosas se numeram:

- processos de adaptação e mutação de microrganismos e parasitas;
- mudanças demográficas e do comportamento humano;
- rápido processo de urbanização de países de grande base populacional;
- alterações ambientais decorrentes do processo de industrialização e da introdução de novas tecnologias aplicadas à agricultura;
- intensificação do intercâmbio internacional;
- grandes eventos religiosos e esportivos de âmbito internacional;
- incorporação de novas tecnologias de preservação e industrialização de alimentos;
- ampliação do consumo de alimentos industrializados;

- introdução de técnicas de criação intensiva de animais para consumo humano;
- aprimoramento das técnicas de diagnóstico;
- alteração da imunidade das populações decorrentes da aplicação de longo prazo das novas tecnologias médicas;
- desestruturação dos serviços de saúde e/ou desatualização das estratégias e instrumentos de controle de doenças (políticas neoliberais, guerras, desestruturação política).

Uma das funções essenciais de saúde pública é a prevenção e controle de doenças, a vigilância epidemiológica ou em saúde pública e o monitoramento de situação de saúde. Desde a década de 1990, com a aceleração do processo de globalização, as mudanças no cenário político internacional e o ressurgimento de riscos relacionados ao uso de armas químicas e biológicas (“Bioterrorismo”) levaram ao aparecimento das primeiras recomendações do desenvolvimento de sistemas de Vigilância Global.

A pandemia da SARS foi a primeira oportunidade de aplicar um sistema de vigilância global cujas características são:

- 1) Estreita articulação entre os sistemas

nacionais de vigilância sob a coordenação da OMS; 2) Ampla utilização de diferentes bases de dados como fontes de informação; 3) Forte articulação da vigilância com a pesquisa; e 4) Rápida incorporação pelos serviços de saúde do conhecimento produzido pelos centros de pesquisa.

Em 2005, houve uma revisão do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), entre os fatores que influenciaram a revisão do RSI-2005 podem se citar: a) Constante emergência de novas doenças e patógenos (60% delas são zoonoses); b) Reemergência e disseminação global de doenças bem conhecidas e já controladas (TB-MDR, Malária, Cólera, etc.); c) Ressurgimento do bioterrorismo como uma ameaça global; e d) Rápida expansão da internet e das tecnologias de informação.

Essa reforma implica sistemas de vigilância e redes de laboratórios melhor articulados; cria canais adequados de comunicação internacional e obriga os governos a aprimorar a capacidade nacional de forma a permitir o acompanhamento de eventos em tempo real (criação de Centro de Resposta Rápida e fortalecer equipes de epidemiologia de campo). Além disso, é um fator indutor da pesquisa no interior dos Sistemas Nacionais de Saúde, criando a necessidade de ampliar as fontes de informação incorporando fontes não oficiais. Ex.: Promed. Não obstante, existe

como limitação a necessidade de protocolos de validação dessas informações.

Os desafios da “Nova” agenda da vigilância global são: criar infraestrutura e formar recursos humanos; desenvolver protocolos inovadores para rápida identificação de doenças emergentes (inteligência epidemiológica); articular os laboratórios de saúde humana e animal com a vigilância; definir melhor o papel e a abrangência do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública; criar condições que facilitem o relacionamento de grandes bases de dados (Sistemas de Informações de Mortalidade, de Internações hospitalares, etc.); consolidar a rede de centros de resposta rápida para emergências em saúde pública e fortalecer o vínculo da vigilância com a pesquisa.

Ainda existem desafios da “Velha” agenda que exige aprimorar a vigilância de forma a:

- 1) Monitorar a cobertura vacinal (inquéritos, registros informatizados, etc.); 2) Subsidiar a reformulação de estratégias de vacinação. Ex: febre amarela, da poliomielite, etc.; e 3) Fortalecer a vigilância de eventos adversos pós-vacina de forma a garantir a segurança das vacinas, em face do aumento de complexidade do PNI.

## 4.3 A Cooperação Internacional: do Norte-Sul ao Sul-Sul<sup>3</sup>

### i. Um pequeno histórico da formação da cooperação internacional: conceitos, temas e emprego:

O conceito de cooperação internacional surge pós-guerra, com a criação do Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial (BM), Bancos Regionais, com compromissos de recuperação e desenvolvimento das economias das sociedades afetadas pela guerra. Ainda que haja exemplos do século XIX e XX, o conceito de cooperação para desenvolvimento surge nesse momento com o conceito altruísta das relações internacionais.

Com a criação das Nações Unidas e suas agendas surge a Ajuda para Desenvolvimento (AOD). Um marco importante são os anos 60, que marca o começo da emergência dos Estados ex-colônias para Estados modernos, e a Resolução da Assembleia da ONU que estabelece que os países do Norte

e mais ricos do mundo devem ter certa responsabilidade com os mais pobres do Sul (ex-metrópoles com ex-colônias). Surge assim o conceito de ajuda para o desenvolvimento.

Também na década de 60, surge o Movimento dos Países Não-Alinhados e o G77, pois esses países querem a ajuda, mas também querem definir essa ajuda.

A cooperação clássica nasce em um mundo dividido em sua governança global. Num mundo de guerra fria; há a fadiga de material.

Os anos 70, 80 eram os anos de cooperação alemã, suíça, espanhola, francesa, etc. Esses projetos foram colaboradores com os países recebedores. Deixaram uma base empírica de como trabalhar, deixando certos conceitos e pensamentos. Também nessas décadas, na América Latina surge o pensamento das teorias de independência, que explicava a separação dos Estados em relação as suas ex-metrópoles. As assimetrias internacionais não eram apenas Leste-Oeste, senão também Norte-Sul.

### ii. A emergência do Sul nas relações internacionais do mundo contemporâneo:

O mundo mudou, não é mais plasmado em celebridade e sim em celeridade, é preciso

avançar na cooperação, é um mundo com nova arquitetura, não apenas com grandes Estados governando o mundo, mas também com outros movimentos.

Hoje existe o movimento *occupy*, conflitos na Europa, os conflitos dos jovens angolanos com uma grande desigualdade coordenada pelas novas elites. O Sul era a parte fraca, que sempre recebia as doações, hoje é um Sul com grande variedade e diferenças.

É um Sul de grandes Estados como China, Índia (só esses dois são mais populosos que o resto do mundo); o relatório das Nações Unidas sobre desenvolvimento publicado em 30 de janeiro de 2012 prevê que haverá nove bilhões de pessoas na terra até 2040, estando a maior parte dessa população na África. Com consumidores de padrão de classe média, C e D como os que vem emergindo no Brasil. Sendo necessário ampliar a produção de alimentos, água, etc.

De 1990 a 2000, o que chamamos hoje de BRICS, contribuíram com 32% do crescimento mundial, de 2000 a 2008 esse montante aumentou para 41%. Hoje, metade do crescimento econômico do mundo é dos cinco países do Sul. Isso representa uma mudança muito rápida, que impulsiona uma política internacional, em que as instituições que temos não estão preparadas. As responsabilidades e

3 Anotações tomadas pela pesquisadora Roberta de Freitas Santos da aula do professor José Flávio Sombra Saraiva (Irel/UnB)

as quotas não estão definidas no próprio sistema ONU.

Nesse crescimento permanece a pobreza, com dificuldades energética, alimentar, etc. Estaremos crescendo com pobreza.

### iii. O novo paradigma da cooperação internacional: o Sul-Sul:

Há uma diversidade entre os novos atores, animados com a nova cooperação que tende a ser mais horizontal que a anterior que era vertical. Entretanto tende a ser mais dispersa, pois multiplicaram-se os atores da cooperação internacional, o que é bastante positivo, mas traz a dialética entre o papel das partes e o papel dos interesses comuns.

O papel normativo, institucional e político da cooperação sul-sul, por exemplo a aliança chino-africana que faz a cooperação mais importante no continente africano. Cooperação orgânica, institucional com 3 ou 4 objetivos: garantir presença da China e seus interesses: água, minerais e energia.

### iv. O Brasil diante da Cooperação Sul-Sul: de receptor a fornecedor:

O modelo brasileiro é o modelo mais rico, mais horizontal, ainda existe muito valor altruísta que não se deve perder, mas deve-se prestar atenção. Já se começa a discutir

na agenda política de Gabão, Moçambique, Angola, etc. Esse tipo de ajuda não horizontal como a cooperação da China e da Índia não é tão aceito. A cooperação internacional brasileira está no âmbito sul-sul diferente da China e diferente da Índia.

Esse mecanismo de cooperação sul-sul envolve responsabilidade, desenvolvimento próprio e boas práticas.

A cooperação não vai resolver todos os problemas, a cooperação é sempre uma ação ao conceito supletivo ao desenvolvimento, que é uma responsabilidade dos próprios governantes dos países com os quais cooperamos. Não vamos salvar a África, não pode ser esmola, não pode ser subordinação, deve ser uma cooperação estruturante e horizontal.

## 4.4 Cooperação Sul-Sul no Contexto da Multilateralidade<sup>4</sup>

Origens da Cooperação como atividade: tanto na espécie humana como nos animais, a cooperação não é um fenômeno simples, implica comunicação, coordenação, troca de experiências. Sob esse ponto de vista é relevante observar dois autores como marcos referenciais: *Honnet (The Struggle for Recognition)* e *Rifkin (The Empathic Civilization)*.

Cooperar é uma ação conjunta que implica a expansão do reconhecimento e da solidariedade e a expansão da consciência da interdependência. No geral, a primeira reação perante aquele que é diferente sempre foi a de guerra; em outras palavras, ao que não se conhece não se reconhece. Um exemplo são os indígenas que tiveram certa incapacidade de encontrar fora de si o comum.

O cooperar e trabalhar entre nações foi evoluindo de um grupo muito pequeno para um grupo maior de solidariedade e consciência global. A existência de riscos

4 Síntese dos *slides* apresentados pelo professor Felix Rígoli (OPAS/OMS Brasil) complementadas com anotações tomadas pela pesquisadora Roberta de Freitas Santos.

comuns (epidemias, tráfico de drogas, poluição, etc.) contribuiu para o aumento dessa solidariedade e dessa consciência global. Não obstante, a cooperação não é um processo simples e os acordos são difíceis de serem implementados. A ideia de que os países cooperam não é simplesmente altruísta.

Nesse sentido, a cooperação pode ser analisada a partir de duas vertentes:

- 1) Reconhecimento de bens públicos globais e regionais.
- 2) Globalização do Comércio.

Do ponto de vista da OMS, sua atuação visa à proteção dos bens públicos regionais, para que a humanidade e a sociedade global sejam cuidadas entre todos.

Os primeiros esforços de multilateralismos estiveram dirigidos ao enfrentamento dos riscos epidêmicos e à prevenção de guerras e a ameaça da Destruição Mútua Assegurada (MAD, em inglês).

É importante ressaltar que a cooperação pode ser percebida tanto para o aumento da influência global como para a redução de isolamento, alguns casos que exemplificam isto são Estados Unidos, Taiwan, Israel, China na África.

Não devemos, entretanto, pensar que o objetivo da cooperação visa unicamente o comércio, ou a solidariedade ou somente a influência política. Mas há que estar atento que o altruísmo e a cara feia dos interesses andam muito próximos! Como afirma K Von Clausewitz: “A Guerra é a continuação da política por outros meios”, mas F. Rígoli pensa que: “A Cooperação é a continuação da guerra por outros meios”.

O principal bem público global é a paz (ameaça de destruição), mas quando essa ameaça é superada aparecem outras prioridades, tais como: segurança (terrorismo), catástrofes, ameaças ambientais, pandemias, desenvolvimento desigual.

O sistema multilateral foi iniciado com as Nações Unidas, mas hoje em dia tem várias vertentes. As Nações Unidas deslocam o princípio democrático para o cenário internacional. O multilateralismo é promovido pelos países médios e por isso foi chamado “a bomba atômica dos fracos”. O mundo é mais complexo e se fragmenta, se multiplicando por 4 o número de países na ONU.

O Sistema Multilateral hoje não é fácil de inventariar, só as Nações Unidas abrangem 80 agências diferentes. Além disso, existem 30 bancos regionais; um indeterminado número de ONGs globais (*GreenPeace*,

*WWLF*, *Medécins Sans Frontières*) e mais de 40 blocos regionais e extrarregionais.

Vários fatores jogam a favor de um sistema multilateral complexo: a) o problema das agendas nacionais, globais, regionais e setoriais, que cria uma matriz multidimensional de mecanismos de governança que por sua vez leva para o paradoxo do multilateralismo *versus* a vontade unipessoal (Ex. Bill Gates). b) Os blocos deixam de ser regionais, e passam a ser relacionados a outros fatores, BRICS, G20, Panarabe, Francofonia, etc. c) O pano de fundo são a globalização e as economias globais.

A visão da OPAS procura a convergência das agendas, sem ditar ordens, mas percebendo a complexidade do multilateralismo, propõe harmonização. A OPAS trabalha pela Agenda de Saúde das Américas (Agenda Andina, CARICOM, OTCA, Nafta, UNASUL e o Mercosul). Finalmente, busca o balanço de prioridades, que não seja simplesmente agenda voltada às ameaças (RSI), mas também relacionada ao desenvolvimento harmônico e sustentável.

## 4.5 Compromissos do Brasil com a Saúde Global e a Cooperação Sul-Sul<sup>5</sup>

Os sistemas de saúde da maioria dos países pobres não estão em condições de enfrentar sozinhos a situação social e de saúde vigentes, necessitando da solidariedade internacional. Isolados, sem políticas públicas coordenadas para enfrentar os determinantes sociais da saúde, tampouco os sistemas de saúde alcançarão sucesso. Em consequência, a cooperação internacional em saúde é imperativo ético e imprescindível para o desenvolvimento e a saúde nesses países.

O modelo dominante na cooperação internacional em saúde caracteriza-se pela proliferação e descoordenação/desarticulação da cooperação oferecida pelos doadores, sejam organizações multilaterais, agências nacionais, organizações filantrópicas e ONGs. Os doadores pré-definem 'globalmente' seus objetivos, programas e prioridades, não necessariamente adequados às necessidades dos países 'receptores'.

A cooperação é 'vertical' com foco em enfermidades específicas ou problemas de saúde e não 'horizontal' ou 'sistêmica' com foco no desenvolvimento dos sistemas de saúde.

Além disso, é importante destacar a redução da ajuda externa devido à crise econômica dos países desenvolvidos. O compromisso dos países desenvolvidos foi de cooperar com 0,7% do PIB, mas só cinco países cumprem com esse valor, apesar de que a ajuda externa é decisiva para enfrentar DSS em países pobres.

No modelo predominante, os países beneficiários frequentemente são incapazes de organizar e articular suas demandas, existe de fato desarticulação entre MS e MRE e outros atores públicos e privados nos países beneficiários. Também há superposição de projetos (território, temas, população etc.) e ausência em vários temas prioritários, além de fragmentação e baixa efetividade nos escassos recursos disponíveis localmente.

Como alternativas ao modelo dominante surgiram: a Declaração de Paris sobre Efetividade na Ajuda (2005), que cria os princípios de apropriação, harmonização, alinhamento, resultados e mútua prestação de contas (*accountability*); o Programa de Ação de Acra (2008); a abordagem setorial ampliada (*sector-wide approach* ou *SWAPs*)

e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

As cúpulas e conferências das Nações Unidas, celebradas nos últimos 15 anos, geraram relativo consenso mundial sobre políticas e atividades para erradicação da pobreza e fomento ao desenvolvimento sustentável, proporcionando um marco básico para alcançá-los.

A Cúpula do Milênio se baseou nas decisões adotadas nesses eventos e reforçou algumas de suas mensagens fundamentais. Tais decisões, junto com a Declaração do Milênio, constituem o programa de desenvolvimento das Nações Unidas.

Outras alternativas ao modelo dominante são:

- A nova 'governança global para a saúde' que consiste na utilização da Assembleia Geral da ONU e do ECOSOC, alguns exemplos são: Os determinantes sociais da saúde: Conferência Mundial, Rio de Janeiro (Outubro de 2011) e desdobramentos: Resolução EB 130 e AMS 65. AG-ONU 2012; Doenças crônicas não-transmissíveis: AG-ONU 2011; Cobertura universal em saúde: AG-ONU 2012 ou seguintes;

5 Síntese dos *slides* apresentados pelo professor Paulo Buss (CRIS/FIOCRUZ).

- Saúde e diplomacia da saúde na política externa, inclui como exemplos a reforma da OMS, o Grupo de Oslo que coloca a saúde como prioridade na sua política de cooperação para o desenvolvimento; ECOSOC especial Saúde na política externa, como parte da cooperação para o desenvolvimento (2009).
- Cooperação Sul-Sul (ou CTPD ou cooperação horizontal) e cooperação triangular Norte-Sul-Sul: A Cooperação Sul-Sul (cooperação horizontal ou cooperação entre países em desenvolvimento) é o processo de associação econômica, comercial, social ou de outra natureza que se estabelece, idealmente com vantagens mútuas para os parceiros, entre países em desenvolvimento, geralmente do hemisfério Sul. Subjacente ao conceito encontra-se a hipótese de que o mundo em desenvolvimento é capaz de produzir soluções autênticas para seus próprios problemas.
- Brasil: Cooperação 'estruturante' em saúde:
  - Reforço global dos sistemas de saúde;
  - Capacitação de recursos humanos críticos;
  - Construção e/ou reforço de 'instituições estruturantes dos sistemas de saúde': os próprios Ministérios da Saúde (autoridade sanitária) e os Institutos Nacionais de Saúde, Escolas de Saúde Pública e Escolas de Governo em Saúde, Escolas Técnicas de Saúde, APS e instituições clínicas, escolas universitárias de formação profissional;
  - Princípios da Declaração de Paris.

O Brasil possui uma robusta política externa, seja nas relações com o sistema das Nações Unidas, seja com países desenvolvidos e em desenvolvimento. Os países, grupos e regiões prioritárias (intra e inter-regionais) para a política externa brasileira são: o G 20, a CPLP – Comunidade de Países de Língua Oficial Portuguesa, incluindo PALOP (Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa), a UNASUL (União de Nações Sul-americanas), a CELAC, o IBAS e os BRICS.

A política externa brasileira tem uma participação ativa e coerente em instituições multilaterais, como OMC, OMPI, OMS e OPAS. Exemplos: Convenção Marco sobre Controle do Tabaco; Declaração de Doha sobre Acordo TRIPS e Saúde Pública; e o Grupo de Trabalho Intergovernamental (IGWG) sobre Saúde Pública e Propriedade Intelectual; Reforma da OMS.

A saúde como prioridade da política externa do Brasil se manifesta no conceito da cooperação estruturante em saúde que está sendo desenvolvido pela Fiocruz tanto na CPLP quanto na UNASUL.

## 4.6 Mudanças Climáticas e Reflexos na Saúde Global<sup>6</sup>

O ambiente humano propício à vida é um direito humano inalienável, daí surge a ideia de Justiça Ambiental.

Alguns marcos históricos da temática sobre globalização e saúde ambiental podem ser resumidos:

- Colonialismo - Atlas de doenças no mundo: os países procuravam intervir nas doenças em suas colônias, geopolítica intervencionista.
- Final do século XIX: George Perkins analisa as grandes enchentes na Europa nos anos 1880. Ele descobre que a origem era o rápido derretimento do gelo provocado pela ação humana, através da poda de árvores para a indústria, carvão, etc. Esse foi um marco para a saúde ambiental.
- 1956 – Seminário “Man’s role changing the face of the Earth” - analisando o que o homem já havia mudado na terra e suas

consequências; a publicação ficou muito no âmbito acadêmico, biólogo, urbanista. Os governos e a população não estavam muito preocupados com isso, para eles o desmatamento e o consumo de energia é um indicador de desenvolvimento.

- 1970 – Grandes indústrias preocupadas com a matéria-prima: devido à escassez solicita-se um estudo sobre essa consequência, o Relatório do Clube de Roma “Limits to the Growth” coloca como sugestões controle de natalidade para diminuir o consumo no mundo.
- A Conferencia de Estocolmo sobre Meio Ambiente organizada pelas NU gera o PNUMA, expandindo a preocupação dos países.
- Responsabilidades transnacionais: tratados internacionais relacionados ao meio ambiente, como para despoluição do Mediterrâneo, caso de florestas no Canadá sendo destruídas/afetadas pelas indústrias de Chicago, etc.
- Problemas de carência de dados climáticos, de sua consequência e de sua qualidade; gera discussão sobre IPCC, inclusive sobre veracidade dos dados.

### Mudanças Climáticas Globais

- As eras glaciais, as mudanças constantes e naturais.
- Em escala geológica, mas tem sido usado de forma discriminada, que levaram mudanças nas espécies vivas da terra.
- Riscos Climáticos: existem com graus diferentes de danos para os homens, resultantes do fenômeno e suas interações com o sistema humano, podem ser agravados pela situação da área, dos países e das pessoas.
- Riscos de desastres naturais aos seres humanos - estão ampliados por uma série de fatores:
  - Urbanização e aglomeração em espaços contíguos, de forma desorganizada;
  - Crescimento demográfico;
  - Ações humanas que impactam o ambiente e sua dinâmica.
- Impactos:
  - Aumento da população
  - Aumento do consumo

6 Síntese dos slides apresentados pela professora Helena Ribeiro (FSP/USP) e o professor Guilherme Lefevre (FSP/USP).

- Aumento de frotas de veículos poluentes
- Aumento de resíduos sólidos, etc.

#### Mudanças Climáticas e Saúde

- Temperaturas extremas ocasionam mudança de ciclo de vida de patógeno, protozoário, bactérias e vírus; o que por sua vez leva para o aumento de enfermidades transmitidas por mosquitos;
  - Episódios críticos de chuvas abundantes;
  - Aumento do nível do mar;
  - Secas;
  - Ilhas de calor;
  - Inundações ocasionam contaminação de lençóis de água, enfermidades transmitidas por roedores;
  - Efeito produção de alimentos;
  - Incêndios;
  - Qualidade do ar, emissões de VCOs;
  - Deslizamentos de terra;
- Escassez de água ocasiona problemas de higiene e de diarreia;
  - Aumento da temperatura dos oceanos e episódios como furacões e tormentas ocasionam a proliferação de algas tóxicas, interferindo no ambiente marinho.

#### Experiência e análise de Projeto MDL

- Projeto MDL é avaliado pela Comissão Nacional e registro na ONU por critérios pré-definidos para ser um projeto que irá contribuir para o desenvolvimento sustentável.
- Geram créditos de carbono - mercado (1 crédito vale 1 tonelada de Gcarbono não emitido na atmosfera) podem ser utilizados, comprados por país R\$24 por crédito).
- Hoje está em média 3 euros, mostrando a crise econômica, pela qual as indústrias europeias produzem menos, poluem menos e compram menos créditos.

O programa original do Curso de Atualização de Bioética e Cooperação Internacional em Saúde Pública incluía duas sessões de trabalho de grupo, uma das quais estava sob a responsabilidade do Nethis e tratava sobre o tema da cooperação técnica em contextos regionais. Para essa sessão, foi acertado junto à FSP/USP que seria oportuno trazer a experiência brasileira de Cooperação Sul-Sul em saúde com o Haiti.

Nesse sentido, foi convidada para ministrar uma palestra a Dra. Clarice Ferraz da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde do Brasil (SGETS/MS). A Dra. Ferraz faz parte do Grupo Técnico de Formação de Recursos Humanos na cooperação em saúde com o Haiti, representando o Brasil desde o início do processo. Devido ao seu envolvimento e conhecimento sobre caso, o Nethis queria contar com sua aula para estimular a participação dos alunos que consecutivamente discutiriam a temática, orientados pela oficina de trabalho preparada pela bolsista Alejandra Carrillo Roa (Anexo 1).

A poucos dias do início do curso, a Dra. Ferraz informou que não poderia participar porque estaria no Haiti na data previamente estabelecida, cumprindo com novos compromissos de Estado,

vinculados à visita da Presidenta da República do Brasil, Dilma Rousseff, a Cuba e ao Haiti.

A coincidência dessa visita presidencial ao Haiti, acontecendo na mesma data do curso, impossibilitou não só a participação da Dra. Ferraz, como também de outros técnicos do Ministério da Saúde contatados pelo Nethis para tentar substituir a Dra. Clarice. Toda a equipe técnica se encontrava no Haiti. Por esse motivo, foi descartada a opção de realizar a oficina de trabalho previamente preparada pela bolsista Alejandra Carrillo Roa.

A sessão de trabalho de grupo foi substituída com a participação do Dr. Luis Fonseca do Cris/Fiocruz, que possui um amplo conhecimento e uma rica experiência na cooperação em saúde realizada pelo Brasil nos países africanos de língua portuguesa e em Timor-Leste. A partir de exemplos concretos de vivências pessoais de cooperação em Cabo Verde e Timor-Leste, o Dr. Fonseca apresentou elementos de interesse sobre a experiência brasileira de cooperação Sul-Sul em saúde (Anexo 2), recuperando o tema central programado para a sessão de trabalho.

## 5.1 Cooperação Internacional em Saúde: Experiências Insulares em um Mundo em Transformação<sup>7</sup>

Resumindo brevemente a história da África, pode-se afirmar que até a era cristã houve presença de fenícios, gregos e romanos (mediterrâneo e leste). Nos séculos VIII a IX, os árabes ocuparam as terras que formam o Saara, grande parte da região ocidental e a zona costeira da parte oriental da África. Posteriormente, nos séculos XV a XIX o domínio político do continente africano deu-se por potências europeias, ligado à expansão marítima europeia (rotas alternativas para o Oriente e novos mercados consumidores).

A segunda fase, ainda no século XIX, representa a ocupação territorial para garantia da exploração econômica capitalista do solo e das populações africanas pelas potências europeias. A

<sup>7</sup> Sínteses dos *slides* apresentados pelo professor Luiz Fonseca (Cris/Fiocruz) complementados com anotações da pesquisadora Alejandra Carrillo Roa.

“partilha” do continente africano ocorreu na Conferência de Berlim, de 1884, onde as potências coloniais europeias negociaram a divisão da África e instituíram normas relativas às fronteiras e à ocupação territorial do continente, utilizando como base o princípio da soberania para justificar a posse de áreas ocupadas.

A partilha foi feita de maneira arbitrária, não respeitando as características étnicas e culturais de cada povo, tribos aliadas foram separadas e tribos inimigas foram unidas contribuindo para muitos dos conflitos atuais no continente africano (tribalismo).

Hoje a África possui um conglomerado de blocos sub-regionais, instituições e organismos de diversa índole, entre eles: União Africana; NEPAD (*New Partnership for Africa's Development*); Banco Africano de Desenvolvimento; Fundo Africano de Desenvolvimento; CEDEAO (Comunidade Econômica da África Ocidental); UEMOA (União Econômica e Monetária do Oeste Africano); CEEAC (Comunidade Econômica da África Central); COMESA (Mercado Comum da África Austral e Oriental); SADEC (Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral).

O professor Fonseca relatou o trabalho realizado em Cabo Verde, na década de 1980, e em Timor Leste, nos anos 2000, problematizando as diferenças entre os

contextos históricos, políticos e econômicos que separam essas experiências.

No caso do Cabo Verde (1984), o contexto político internacional estava caracterizado pela Guerra Fria; a recente assinatura da Declaração de Alma-Ata (1978); as guerras de libertação e sistemas de saúde esfacelados na África; a “cooperação socialista” e a formação de quadros. A experiência pessoal do Dr. Fonseca apontou os seguintes elementos:

- Uma medicina generalista e um percurso curioso: de médico a sanitarista, de sanitarista a médico e de médico a cooperante. O terreno na formação de um sanitarista;
- A importância do “internacional” na formação sanitarista ou aprendendo a relativizar;
- Experiência insular e a solidão cultural (banzo);
- Trocar aprendendo versus aprendendo a trocar (cooperação e assistência);
- Antes do correio eletrônico e da internet: ritmos naturais;
- 28 anos hoje;

- O retorno de uns e a ida de outros: a vida é uma plataforma de estação (outra experiência, 1976 em Mato Grosso e Rondônia: parada de ônibus e de sonhos).

No caso de Timor-Leste (2002), o contexto político internacional estava definido pelo fim da Guerra Fria, o neoliberalismo e a revolução eletrônica que configura um novo sistema mundo (mundinho); o papel das agências multilaterais: BM, FMI e OMS; a cooperação baseada em evidências e resultados (profissionalização da cooperação) e o Brasil como ator coadjuvante a protagonista regional.

No Timor-Leste a autodeterminação e a reconstrução do Estado dependiam da ajuda e mediação das Nações Unidas. A reabilitação nacional, inclusive do setor saúde, necessitava do apoio técnico externo, através da cooperação técnica, viabilizada e mediada pelas agências internacionais envolvidas no processo, sobretudo o Banco Mundial. Assim houve espaço de relação entre diferentes atores e objetivos, espaços de troca e de transferência, de conhecimentos e ideias e de um conjunto de “modos de fazer” e de práticas, que permeiam processos.

A situação de conflito e pós-conflito condicionou, de forma importante, a arquitetura da ajuda externa e esta, por sua vez, pautou a relação entre os

diferentes atores, nacionais e internacionais. A cooperação técnica internacional, a oferta de ideias, as condicionalidades e os mecanismos de controle das agências e doadores se articulam em conjunturas particulares.

Os técnicos estrangeiros, considerados especialistas em gestão distrital, apoiaram equipes distritais de saúde em suas tarefas e responsabilidades, focando a construção das capacidades. Contudo, somente o chefe da equipe falava português e existia uma enorme distância entre os técnicos internacionais e os nacionais. Os técnicos nomeados “tecnicamente” que pertenciam a um grupamento político diferente do líder tradicional local.

Entre as dificuldades, o Dr. Fonseca se questionou, como elaborar um plano distrital de saúde quando não se compreende exatamente o que é e para que serve? Como definir um objetivo, uma meta ou mesmo uma prioridade em saúde, sem ter ideia de como fazê-lo? Não é tarefa fácil “tecnicamente”. De qualquer forma, em outubro de 2002, seis meses depois do seminário introdutório, todos os distritos tinham que apresentar seus planos distritais.

Assim, o Dr. Fonseca relacionando a experiência de Cabo Verde com a de Timor-Leste destacou os seguintes elementos:

- De “sanitarista internacional” a “técnico de cooperação internacional”;
- As competências da formação em cooperação internacional: aprender a relativizar;
- Experiência insular na era eletrônica: hoje a ilha é o mundo;
- A ética na cooperação e a ética num “sistema mundo”: do individual ao institucional e organizacional;
- O retorno de uns e a ida de outros: a vida é uma plataforma de estação.

Ao final da oficina, o Dr. José Paranaguá de Santana alinhou os temas abordados durante o curso destacando as implicações e os dilemas bioéticos na cooperação internacional em saúde.

## 5.2 Anexo 1. Oficina de Trabalho sobre o Haiti

### Cooperação Sul-Sul em Saúde: Formação de Recursos Humanos no Haiti

Objetivo: Ampliar a reflexão e promover o debate sobre aspectos teóricos e práticos da saúde como cooperação para o desenvolvimento, enfatizando as dimensões políticas e estratégicas da Cooperação Sul-Sul em Saúde empreendida pelo Brasil e suas possíveis implicações bioéticas.

#### Sinopses da situação

No dia 12 de janeiro de 2010, bastaram 35 segundos para um terremoto de intensidade 7.0 devastar a região mais densamente povoada do Haiti. Para a população da capital Porto Príncipe e das cidades no entorno, o resultado foi drástico: mais de 1,5 milhão de desabrigados, cerca de 200 mil mortes, 300 mil feridos e 4 mil amputações. Cerca de 80% da cidade de Leogane foi destruída. Na área da saúde, de acordo com o governo haitiano, 60% dos hospitais ruíram completamente ou foram severamente danificados, assim como as instalações do Ministério. Metade dos estudantes, vários professores e diretores da Escola Nacional de Enfermagem perderam a vida quando o prédio desabou.

Mesmo antes do terremoto de janeiro, segundo o “Plano Provisório do Setor da Saúde para o período de 1º de abril de 2010 a 30 de setembro de 2011”, elaborado pelo Ministério da Saúde Pública e População (MSSP) do Haiti, o país já apresentava um sistema de saúde bastante deficiente e caracterizado, entre outras coisas, por:

- Baixa cobertura – 47% da população não tinham acesso aos serviços, principalmente por razões geográficas ou financeiras (¾ da população vive com menos de U\$ 2,00 por dia – PNUD, 2005) e desigualdades significativas;
- Baixo grau de financiamento – 5,7% do PIB gasto em saúde (2005-06) e 32 dólares de despesa anual per capita (MSPP 2009) –, alto grau de centralização – dos seis hospitais universitários que funcionavam no país, cinco estavam na capital – e disfunção organizacional;
- Escassez de recursos humanos para o setor – em média 5,9 médicos ou enfermeiros e 6,5 profissionais de saúde por dez mil pessoas, número bastante inferior ao mínimo definido pela OMS de 25 profissionais/10 mil habitantes.

Por tudo isso, o país apresentava o maior índice de mortalidade infantil das Américas (57/1000 nascidos vivos) e a maior taxa de mortalidade materna (630/100 mil) do mundo. O HIV/Aids, com prevalência de 2,2%, e a tuberculose, com uma taxa de detecção de 70%, representam graves problemas de saúde pública.

## Princípios da Cooperação Brasileira

Segundo o Relatório de Gestão 2010 da Assessoria de Assuntos Internacionais do Ministério da Saúde, a cooperação brasileira tem como princípio fundamental o fortalecimento da autoridade sanitária do Haiti: o Ministério de Saúde Pública e da População da República do Haiti. A cooperação brasileira tem foco no fortalecimento institucional para a reestruturação do sistema de saúde haitiano.

O compromisso do Ministério da Saúde está além da assistência médica, embora considere essa uma atividade de extrema importância, tendo como modelo o Sistema Único de Saúde do Brasil, um sistema universal, integral, hierarquizado e participativo, com inserção da comunidade. Além disso, atende uma posição muito clara do MSPP expressa na afirmação de que não quer “ser substituído por nenhuma instituição de fora de país, qualquer que seja sua origem”.

Assim, segundo o relatório do Ministério da Saúde, a cooperação é do tipo Sul-Sul e objetiva o fortalecimento institucional da autoridade sanitária do Haiti e apoia-se nas experiências exitosas do Sistema Único de Saúde do Brasil e do Sistema de Saúde de Cuba, e reconhece a importante presença de profissionais de saúde cubanos no Haiti e sua contribuição para a saúde pública daquele país.

## Memorando de Entendimento Brasil, Cuba e Haiti

Por conta da magnitude dos problemas enfrentados pelo Haiti, foi realizada no dia 31 de março, na sede da Organização das Nações Unidas (ONU), a “Conferência Internacional de Doadores Rumo a um Novo Futuro para o Haiti”, com a participação de representantes de 140 países. Na ocasião, foi apresentado o Memorando de Entendimento de Brasil, Cuba e Haiti que tem por objetivo a conjugação de esforços das Partes no sentido de viabilizar a assinatura de projetos específicos para a realização de atividades de recuperação de infraestrutura e capacitação de profissionais de saúde que fortaleçam o sistema público de saúde do Haiti.

O artigo 3 do Memorando definiu que os projetos decorrentes do acordo serão coordenados por um Comitê Gestor Tripartite, constituído por um representante do Ministério da Saúde de cada país.

Na primeira reunião do Comitê Gestor Tripartite, o Brasil propôs a criação de Grupos Técnicos para o desenvolvimento das atividades prioritárias dos projetos a serem desenvolvidos no âmbito do Memorando, com a indicação de pelo menos um representante por país, para cada tema, para possibilitar uma maior interlocução técnica com o Comitê Gestor Tripartite. Nesse sentido, o Comitê decidiu criar os Grupos Técnicos para a formação de recursos humanos, vigilância epidemiológica e imunização, organização de serviços e assistência.

## Por que é relevante a cooperação em Recursos Humanos para a Saúde?

Embora tenha trazido consequências desastrosas para um sistema de saúde que sempre enfrentou graves problemas estruturais, o terremoto de janeiro também trouxe um enorme potencial para a reestruturação desse sistema. Definir a melhor forma de aproveitar o fluxo de assistência humanitária internacional e de atenção global para construir uma infraestrutura de saúde mais resistente tornou-se fundamental e foi nesse contexto que a questão dos recursos humanos em saúde assumiu sua relevância.

Durante a 37ª Conferência do Conselho Global de Saúde, realizada em Washington-DC, de 14 a 18 de junho, o ministro haitiano

da Saúde Pública, Alex Larsen, foi enfático ao afirmar que o foco desse processo deve estar sobre os trabalhadores do setor. “Com o terremoto a falta de trabalhadores de saúde aumentou, pois muitos profissionais de saúde perderam suas vidas ou ficaram gravemente feridos”, afirmou, lembrando que a falta de médicos é apenas parte do problema, já que a falta de enfermeiros, agentes comunitários e outros profissionais de nível médio é ainda mais grave.” Profissionais de nível médio e não edifícios. Um hospital tem pouco valor se não há os trabalhadores da saúde em número suficiente”, enfatizou o ministro.

De acordo com o ministro, parece que alguns programas de formação promovidos por organizações que se instalam no Haiti servem apenas para desenvolver talentos que possam ser posteriormente recrutados. “É difícil manter os trabalhadores no país, pois muitos são contratados para trabalhar nos Estados Unidos e no Canadá. Por outro lado, aqueles que permanecem acabam buscando empregos em ONGs ou no setor privado, por conta dos salários”, explicou.

## A Formação de Recursos Humanos para a Saúde no Âmbito do Acordo Tripartite

O Grupo Técnico de Formação de Recursos Humanos foi criado para implantar um programa de formação de técnicos de saúde (Agentes Comunitários de Saúde,

Auxiliares de Enfermagem e Oficiais Sanitários) bem como a formação de recursos humanos nas áreas de enfermagem, laboratório, radiologia e órteses e próteses.

Por conta da experiência brasileira com a formação de técnicos de nível médio para o Sistema Único de Saúde (SUS), coube ao Ministério da Saúde do Brasil apresentar um projeto de formação técnica em saúde para o Haiti. De 5 a 11 de junho de 2010, uma missão brasileira esteve no Haiti para analisar, juntamente com representantes cubanos, o contexto e avaliar a necessidade de formação técnica em saúde no país. Em julho do mesmo ano, o Ministério da Saúde do Brasil apresentou uma proposta com base no estabelecido no Memorando e nas informações recebidas durante a missão ao Haiti.

“Depois das análises prospectivas realizadas em visitas ao Haiti e considerando as definições acordadas com o Ministério de Saúde daquele país, ficou estabelecido que as prioridades iniciais de formação são para Agentes Comunitários de Saúde, Técnicos de Enfermagem e Oficiais Sanitários”, explica Clarice Ferraz. Segundo ela, a ideia é trabalhar com a realidade da infraestrutura do país, na perspectiva de reorganizar o sistema segundo as bases da Atenção Primária em Saúde, tendo em vista a efetivação de uma Política Pública de Saúde.

Em agosto, numa reunião em Havana, Cuba, o projeto brasileiro foi aprovado por unanimidade pelo Comitê Gestor Tripartite.

“No início de setembro, enviamos para o Grupo Técnico no Haiti os mapas de competências, marcos de orientações curriculares e os planos de atividades de curso para formação dos agentes comunitários, com textos didáticos, elaborados pela Rede de Escolas Técnicas do SUS, para serem validados e traduzidos para o francês”, conta Clarice. Os cursos contarão com a participação de professores brasileiros, cubanos e haitianos.

Para dar continuidade ao projeto, foi realizada, de 4 a 10 de outubro, em Fortaleza, Brasil, uma oficina de formação para os docentes. Pelo Haiti, participaram da atividade representantes do MSSP e professores do Instituto Haitiano de Saúde Comunitária (INSHAC). Membros da Brigada Médica no Haiti e professores de Havana formaram a delegação cubana. O grupo brasileiro incluiu, entre outros, os responsáveis pela cooperação tripartite, membros do escritório da OPAS/OMS em Brasília, dirigentes da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará

No âmbito geral do Acordo Tripartite, foi confirmada a montagem de um escritório permanente na embaixada brasileira, com função logística para apoiar o processo.

Na opinião de Philippe Montagut (OPAS/OMS-Haiti), que esteve presente na oficina, o resultado do encontro foi bastante positivo e todas as diferenças culturais e as dificuldades de linguagem foram resolvidas rapidamente. “O Brasil tem expressado com muita firmeza a vontade de formar profissionais capazes de contribuir para a criação de um sistema de saúde abrangente e integrado, a partir da Atenção Primária. A proposta se destina a formar profissionais a serem imediatamente inseridos nos serviços da rede funcional, de acordo com planejamento da autoridade nacional de saúde do Haiti”, ressaltou.

## Questões para Orientação do Debate

Durante o desenvolvimento do curso, reflita sobre as seguintes questões, prestando atenção às palestras, apresentações e relatos de experiências trazidas pelos professores e colegas da turma nos debates levantados após as exposições.

Relacione as palestras com o caso de estudo abordado nestas páginas. Sintetize sua opinião e reflexão sobre as questões apresentadas e participe do debate.

1) Quais são as características básicas da Cooperação Sul-Sul? A Cooperação Sul-Sul em saúde possui alguma característica adicional ou diferente? Se sim, indique quais? No caso do Brasil, a Cooperação

Sul-Sul em Saúde é diferenciada? Explique.

- 2) Se tivesse que defender ou promover a Cooperação Sul-Sul em Saúde, quais argumentos usaria? Se ao invés de promover o senhor(a) tivesse que frear a Cooperação Sul-Sul em Saúde, quais argumentos usaria?
- 3) Quais são os objetivos da Cooperação Sul-Sul em Saúde realizada pelo Brasil no Haiti ou em países vizinhos (Mercosul, Unasul)? É possível identificar componentes geopolíticos ou comerciais na provisão dessa Cooperação Sul-Sul? Levando em conta o referencial da bioética, quais são as implicações desses propósitos geopolíticos e comerciais? Explique.
- 4) Como o senhor(a) avalia a “triangulação” (Brasil, Cuba, Haiti) da Cooperação Sul-Sul em Saúde realizada no Haiti? Se essa triangulação incluísse doações de um país desenvolvido (Exemplo: EUA, Japão, Alemanha, Canadá), sua avaliação mudaria? Explique.
- 5) Em sua opinião a Cooperação Sul-Sul em Saúde deve ser uma iniciativa exclusiva do Ministério da Saúde? Explique. Qual o papel das demais instâncias do Estado, do setor privado, das ONGs e das organizações da sociedade civil?

## 5.3 Anexo 2. Fotografias

Figura 1. O Dr. José Paranaguá apresenta o Prof. José Flávio Sombra Saraiva do Irel/UnB. 31/01/12



Figura 2. Aula do Prof. José Flávio Sombra Saraiva: A cooperação internacional: do Norte-Sul ao Sul-Sul. 31/01/12



Figura 3. Prof. Felix Rígoli da OPAS. 01/02/12



Figura 4. Aula com o Prof. Felix Rígoli: Cooperação Sul-Sul no Contexto da Multilateralidade. 01/02/12



Figura 5. Aula do Prof. Paulo Buss: Compromissos do Brasil com a Saúde Global e a Cooperação Sul-Sul. 01/02/12



Figura 6. Equipe de Informática da UNA-SUS. 02/02/12



Figura 7. Turma de Brasília. 01/02/12





ISBN: 978-92-75-71683-0



9 789275 716830

