

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

**A COOPERAÇÃO EM SAÚDE ENTRE O BRASIL E OS PAÍSES AFRICANOS DE
LÍNGUA OFICIAL PORTUGUESA (2003-2010)**

Mariana da Rosa Martins

PORTO ALEGRE

2010

MARIANA DA ROSA MARTINS

**A COOPERAÇÃO EM SAÚDE ENTRE O BRASIL E OS PAÍSES AFRICANOS DE
LÍNGUA OFICIAL PORTUGUESA (2003-2010)**

**Trabalho de conclusão do
curso de Relações
Internacionais apresentado na
Faculdade de Ciências
Econômicas da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul.**

**Orientador: Profº. Dr. André
Luiz Reis da Silva**

PORTO ALEGRE

2010

AGRADECIMENTOS

A minha família, pelo apoio e pelo carinho dados não apenas nesses últimos quatro anos, mas ao longo de toda a vida. Agradeço a meu pai pelas palavras de incentivo, a meu irmão, pelo companheirismo, e a minha mãe, exemplo de vida, inspiração em todos os momentos, que me ensinou a lutar pelos meus sonhos e dedicou sua vida a fazer a minha mais feliz.

Aos meus amigos, que são um porto seguro em algum momento de tristeza e garantia de muita diversão em qualquer outro momento. Agradeço às minhas colegas de faculdade e amigas Alizia, Ana Cristina e Nadiuzka por tornarem a rotina do curso mais alegre e colorida e por todo o apoio dentro e fora da faculdade.

Ao professor André Luiz Reis da Silva, meu orientador, pela dedicação e pela paciência, especialmente nesse último ano de faculdade, e pelo constante bom humor que tem levado à sala de aula ao longo do curso.

RESUMO

Este trabalho analisa os esforços da cooperação técnica internacional em saúde desenvolvida pelo governo brasileiro e que tem como beneficiários os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) durante o governo do Presidente Luiz Inácio “Lula” da Silva. A cooperação brasileira com os PALOP foi intensificada no período estudado e esse ritmo foi acompanhado pelo incremento também na área da saúde. Os PALOP, apesar de estar apresentando avanços em diversas áreas, entre as quais a saúde, ainda apresentam fragilidades e carências em seus sistemas de saúde. Assim, se busca nesse trabalho avaliar a cooperação bilateral e multilateral existente entre os atores envolvidos e verificar como essas parcerias têm influenciado as dinâmicas de saúde nos países envolvidos.

Palavras-chave: Política Externa Brasileira; PALOP; CPLP; Saúde, Cooperação técnica, Cooperação Sul-Sul

ABSTRACT

This research analyses the efforts of international technical cooperation in health developed by the Brazilian government and whose beneficiaries are the Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) (African Countries of Portuguese Official Language) during the government of President Luiz Inacio "Lula" da Silva. Brazilian cooperation with the PALOP was intensified in the period studied and it was also accompanied by an increase in health care. PALOP, though showing progress in several areas, including health, still have weaknesses and shortcomings in their health systems. Thus, this work seeks to evaluate the bilateral and multilateral cooperation between the actors involved and see how these partnerships have influenced the dynamics of health in the countries involved.

Keywords: Brazilian Foreign Policy; PALOP, CPLP, Health, Technical Cooperation, South-South Cooperation

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABC – Agência Brasileira de Cooperação

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APEX – Agência Brasileira de Promoção de Exportações e Investimentos

AVC – Acidente vascular cerebral

CEDEAO/ECOWAS - Comunidade Econômica dos Estados da África Ocidental

CEMAC - Comunidade Econômica e Monetária da África Central

CGPD - Coordenação Geral de Cooperação Técnica Entre Países em Desenvolvimento

CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

CPT - Consumer Project on Technology

DAO - Departamento da Ásia e Oceania do Ministério de Relações Exteriores do Brasil

DEAF – Departamento da África do Ministério de Relações Exteriores do Brasil

DMR - Departamento de Mecanismos Regionais do Ministério de Relações Exteriores do Brasil

DOMA - Departamento de Oriente Médio do Ministério de Relações Exteriores do Brasil

EMBRAPA - Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária

EPS - Escolas Politécnicas de Saúde

Farmanguinhos - Instituto de Tecnologia de Fármacos

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

FRELIMO - Frente de Libertação de Moçambique

FUNDACENTRO – Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho

IANPHI - International Association of National Public Health Institutes

IB - Iniciativa de Bamako

IBAS – Fórum Índia, Brasil, África do Sul

IGAD - Autoridade Intergovernamental para o Desenvolvimento África

INS - Instituto Nacional de Saúde de Moçambique

INSP - Institutos Nacionais de Saúde

IRA - infecções respiratórias agudas

LSS – Laços Sul-Sul

MDIC – Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio *Exterior*

MISAU – Ministério da Saúde de Moçambique

MRE – Ministério das Relações Exteriores

MS/GB - Ministério da Saúde Pública

MS/SVS - Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde

NEPAD - New Partnership for Africa's Development

OGE - Orçamento Geral do Estado

OMC – Organização Mundial do Comércio

OMS/WHO – Organização Mundial da Saúde

ONG – organização não-governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

OXFAM - The Oxford Committee for Famine Relief

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PEC-G – Programa Estudante Convênio de Graduação

PEC-PG - Programa Estudante Convênio de Pós-Graduação

PECS - Plano de Cooperação Estratégica em Saúde

PECS/CPLP - Programa Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP

PEI – Política Externa Independente

RDSTP – República Democrática de São Tomé e Príncipe

RENAMO - Resistência Nacional Moçambicana

SADC - Southern African Development Community

SEBRAE – Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas

SECAD - Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade

SENAI - Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

SESI - Serviço Social da Indústria

SNIS - Sistema Nacional de Informação Sanitária de Guiné-Bissau

SNS – Sistema Nacional de Saúde da República Popular de Angola

SNS – Sistema Nacional de Saúde de Cabo Verde

SUS – Sistema Único de Saúde

TB - tuberculose

TSE – Tribunal Superior Eleitoral

UA – União Africana

UEMOA - União Econômica e Monetária do Oeste Africana

UMA - Arab Maghreb Union

UNAVEM III - United Nations Angola Verification Mission III

UNITAID - Central Internacional de Compra de Medicamentos

ZOPACAS - Zona de Paz e Cooperação do Atlântico Sul

SUMÁRIO

Introdução	1
1. Breve histórico das relações Brasil–África: do distanciamento à reaproximação	6
1.1 Distanciamento e seletividade nos anos 1990.....	7
1.1.1 Governos Fernando Collor de Mello e Itamar Franco.....	7
1.1.2 Governos Fernando Henrique Cardoso (1995-2003).....	9
1.2 As relações Brasil e África no governo Lula: a reaproximação.....	15
1.3 As relações Brasil e PALOP (2003-2010).....	24
2. Os sistemas de saúde no Brasil e nos Países Africanos de Língua Portuguesa (PALOP).....	29
2.1 O Sistema de Saúde Brasileiro.....	29
2.2 Os Sistemas de Saúde dos PALOP.....	32
2.2.1 República de Angola.....	34
2.2.2 República de Cabo Verde.....	38
2.2.3 República da Guiné-Bissau.....	41
2.2.4 República de Moçambique.....	43
2.2.5 República Democrática de São Tomé e Príncipe.....	46
3. Cooperação em saúde entre Brasil e PALOP.....	49
3.1 Principais problemas de saúde que afetam os PALOP.....	49
3.1.1 Angola.....	51
3.1.2 Cabo Verde.....	52
3.1.3 Guiné-Bissau.....	53
3.1.4 Moçambique.....	54
3.1.5 São Tomé e Príncipe.....	56

3.2	Cooperação em saúde entre Brasil e os PALOP na atualidade.....	57
3.2.1	Angola.....	60
3.2.2	Cabo Verde.....	61
3.2.3	Guiné-Bissau.....	62
3.2.4	Moçambique.....	63
3.2.5	São Tomé e Príncipe.....	65
3.3	As perspectivas da cooperação técnica em saúde entre o Brasil e os PALOP.....	67
	Considerações finais.....	71
	Referências bibliográficas	74

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, percebe-se a aproximação do Brasil com diversos países da África e a uma intensificação da cooperação existente entre esses atores. Esse desejo de aproximação é expresso pelo governo já desde o discurso de posse do Presidente Luís Inácio Lula da Silva, em 1º de janeiro de 2003, no qual são reafirmados os laços que unem o Brasil com aquele continente e se explicita a disposição brasileira de “contribuir ativamente para que ele desenvolva suas enormes potencialidades”. Já em seu discurso de posse do segundo mandato, o Presidente Lula afirma que “estamos mais próximos da África”, evidenciando o sentimento de êxito do governo em relação ao proposto em 2003. Dessa forma, mostra-se importante avaliar esse suposto êxito comemorado pelo governo de Lula e verificar também quais frutos teria rendido ao Brasil e aos países africanos.

Brasil e África, guardada as devidas proporções, são locais nos quais uma significativa parcela da população ainda sofre com doenças já controladas nos países desenvolvidos, como a tuberculose, por exemplo. Além disso, nessas duas regiões temos o desenvolvimento de doenças cujos tratamentos não são pesquisados com afinco pelas empresas farmacêuticas, pois teriam um pequeno retorno financeiro, haja vista a pobreza da população atingida por essas doenças. O relatório *South-South Cooperation Activities Carried Out By Brazil (2007)*, de junho de 2007, aponta que a região onde a maior quantidade de fundos brasileiros está concentrada é a África, representando mais de 50% do total da cooperação com o mundo. Em relação ao mundo, a principal atividade desenvolvida pelo Brasil em matéria de cooperação é a qualificação profissional, 22,40%, seguida pela saúde, com 18,79%. Já, no continente africano, essa relação se inverte. A área que tem recebido maior investimento é a saúde, seguida muito de perto pela qualificação profissional, depois temos agricultura e agropecuária e educação. O relatório ainda indica que o atual governo brasileiro tem como ênfase, em matéria de cooperação, uma presença forte nas relações Sul-Sul através de uma cooperação horizontal entre países em desenvolvimento. Essa cooperação teria como peculiaridade o envolvimento não apenas de instituições tradicionais no campo da cooperação, como EMBRAPA, Fiocruz, Farmanguinhos, SENAI e SEBRAE, mas também representantes do setor privado, entidades civis, especialmente as ONGs. Outra característica, apontada pelo relatório, da cooperação no governo atual é a expansão da atuação no continente africano.

Além dos já tradicionais parceiros lusófonos, a cooperação se expande e engloba o continente quase que totalmente. Isso refletiria a importância dada pelo atual governo à região – o que ficaria explícito com a abertura de novas embaixadas e visitas oficiais do Presidente e Ministro de Estado brasileiros, que teriam tentando assim estabelecer e relações bilaterais mais sólidas na região.

O grande investimento brasileiro no intercâmbio em saúde e as grandes necessidades e fragilidades de Brasil e África nesse quesito, assim como o desejo de cooperar dos atores envolvidos, são as justificativas para a escolha desse tema para análise entre as mais diversas áreas em que há intercâmbio entre o Brasil e a África.

Muitas são as áreas nas quais há cooperação, muitos também são os países interessados e envolvidos na cooperação, seja ela bilateral ou multilateral. Assim, foi necessário buscar dados que justificassem a escolha dos países a serem analisados. Foi pesquisada, então, a quantidade de projetos desenvolvidos e os investimentos nesses projetos em cada país. Verificou-se que a cooperação na África é mais intensa nos cinco países de língua portuguesa que nos restantes. O percentual das atividades de cooperação é maior em Cabo Verde, seguido de Guiné-Bissau, Moçambique, Angola e São Tomé e Príncipe. Merecem destaque as relações com os países de língua portuguesa, em especial Cabo Verde e Guiné Bissau, pela grande quantidade de projetos que vem sendo desenvolvidos com o apoio do Brasil em diversas áreas. Na cooperação em saúde, Moçambique apresenta-se com relevante importância, pois é o país que mais recebe projetos brasileiros. Moçambique abriga a Fábrica de Antirretrovirais e Outros Medicamentos da Farmanguinhos, que começará em breve a produzir medicamentos para o país e, futuramente, poderá servir como centro de distribuição de medicamentos para a África Austral.

A importância da pesquisa sobre a cooperação em saúde entre Brasil e os países de língua portuguesa se dá, então, pela importância do tema para todos os atores envolvidos, o que é comprovado pelas carências desses atores e também pelos esforços em superar essas carências. Soma-se a isso, a pequena quantidade de bibliografia que sistematize essas relações e que possa servir também para implementar e melhorar essas próprias relações.

Dessa forma, os objetivos do presente trabalho foram analisar a cooperação em saúde nos grupos de países especificados no período de 2003 a 2010, durante o Governo Lula, e verificar os atuais problemas dessa relação e apontar as perspectivas desses intercâmbios.

Tendo-se como hipótese verificar se a maior aproximação do Brasil com a África, um dos objetivos em política externa do governo Lula, de acordo com seu discurso de posse em proferido em 2003, foi acompanhada por um incremento do intercâmbio na área da saúde entre nosso país com os PALOP. Para isso serão analisadas as atividades de cooperação realizadas entre o Brasil e os países africanos de língua portuguesa desenvolvidas durante o Governo de Luiz Inácio Lula da Silva.

De acordo com Luciane Cristine Mallmann a África é o continente mais afetado pelo HIV, sendo que 68% de todas as pessoas infectadas do mundo moram na África Subsaariana, onde acontecem 76% de todos os óbitos provocados pela doença.¹ O Brasil também é fortemente afetado pela doença e tem grande interesse em seu combate. Mallmann relembra, então, as Metas do Milênio para 2015, da ONU. Uma dessas metas é o combate ao HIV/AIDS, malária e outras doenças, sendo que o Brasil apresenta um papel de liderança junto a ONU na execução dessas metas². Nesse sentido a autora destaca o grande número de atos de cooperação do Brasil em matéria de saúde, dentre os quais um quinto são relacionados ao combate de doenças sexualmente transmissíveis e HIV.³

O discurso do governo brasileiro indica que há um grande interesse em combater as doenças que afligem os países em desenvolvimento. O ministro Celso Amorim, em discurso na 60ª Assembléia Mundial da Saúde, lembra da declaração do Presidente Lula na Assembléia Geral das Nações Unidas em 2006, quando Brasil, França, Chile, Noruega e Reino Unido lançaram a Central Internacional de Compras de Medicamentos (UNITAID), de que fome e doença são irmãs gêmeas. Sobre essa iniciativa, Amorim afirma que “está sendo estabelecida como um mecanismo de financiamento inovador para acelerar o acesso a medicamentos de alta qualidade e ao diagnóstico de HIV/AIDS, malária e tuberculose.” Amorim informa sobre os esforços em saúde que estão sendo feitos em Guiné-Bissau e Moçambique:

A cooperação Sul-Sul pode desempenhar um papel central na luta contra doenças infecciosas. O Brasil está no momento

¹ MALLMANN, Luciane Cristine. *Cooperação no setor de políticas sociais: da bilateralidade Brasil-África do Sul à multilateralidade IBAS*. 2009. Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Porto Alegre, BR-RS, 2009. Ori.: Visentini, Paulo Gilberto Fagundes, p. 175.

² *Ibidem*, p. 271.

³ *Ibidem*, p. 267.

cooperando com Guiné-Bissau e Moçambique, entre outros, para combater a epidemia de HIV/AIDS. Nós fornecemos medicamentos anti-retrovirais e ajudamos na prevenção da transmissão de mãe para filho. Também estamos envolvidos no treinamento de pessoal médico e na instalação de infra-estrutura para o tratamento.⁴

No mesmo sentido foi lançada em 2004 pelo governo brasileiro a iniciativa Laços Sul – Sul (LSS), acordo prevê um compromisso comum de Bolívia, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Nicarágua, Paraguai, São Tomé e Príncipe, Timor Leste e Brasil:

... assegurar o acesso universal à prevenção, ao tratamento do HIV/aids e à assistência, em uma perspectiva de atenção integral. Promovendo a solidariedade entre países em desenvolvimento e um modelo de cooperação horizontal, a iniciativa proporciona o intercâmbio de informações e a elaboração conjunta de estratégias e planos de ação.⁵

Em relação a Cabo Verde, o diplomata Gustavo Guimarães Campelo, Chefe do Setor de Ciência e Tecnologia da Embaixada do Brasil em Cabo Verde, informa que esse país é o país africano que mais recebe cooperação brasileira. Já em relação ao mundo é o segundo, ficando atrás apenas do Haiti.⁶

Já em Moçambique, do diplomata Fábio Meneghetti Chaves, Chefe do Setor de Ciência e Tecnologia da Embaixada do Brasil em Maputo, indica a parceria entre o Instituto Nacional de Saúde (INS) moçambicano e a Fiocruz desenvolveu o Mestrado em Ciências da Saúde, que teve início em março de 2008. A Fiocruz envia professores que passam de uma a duas semanas ministrando módulos do curso no Centro Regional de Mestrado. Planeja-se que os diplomas sejam binacionais, mas, até o momento, o diploma é emitido pela Fiocruz. Outro projeto importante destacado por Chaves é o da construção de fábrica de medicamentos anti-retrovirais e outros medicamentos genéricos pela Farmaguinhos, da Fiocruz, financiada pelo

⁴ Discurso do Ministro Celso Amorim na 60ª Assembléia Mundial da Saúde - Genebra, 15 de maio de 2007

⁵ Laços Sul – Sul. Disponível em < <http://www.aids.gov.br/lss/> > Acesso em 11 de julho de 2010.

⁶ CAMPELO, Gustavo Guimarães. *Cooperação em CT&I Brasil - Cabo Verde. Diplomacia Científica: II Curso de Cooperação Internacional em Ciência, Tecnologia e Inovação Coletânea de artigos*. Brasília, 2010, p. 108.

Governo brasileiro. Em Moçambique, a Fiocruz conta também com um escritório, é a Fiocruz África, a primeira sede da Fundação no exterior.⁷

O Ministério da Saúde do Brasil em relatório⁸ elaborado para o Grupo Temática de Cooperação Internacional em Saúde destaca os projetos de cooperação entre Brasil e Moçambique na área da saúde incluindo o Mestrado em Ciências da Saúde e mais o programa de Fortalecimento do Órgão Regulador de Medicamentos como projetos em execução e ainda mais quatro projetos em negociação – Fortalecimento da luta contra a Epidemia de HIV/AIDS, Fortalecimento das Ações de Prevenção e Controle do Câncer, Apoio ao Desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Oral e Implantação do Projeto Piloto de Terapia Comunitária. São apontados ainda como novas demandas de cooperação o apoio à formação de quadros para o recém aprovado Instituto Politécnico de Saúde, a capacitação no âmbito da modernização da gestão hospitalar (Moçambique não tem nenhum estabelecimento hospitalar informatizado), o apoio à criação de instituto na área de saúde materno-infantil e a ampliação da cooperação prestada pela ANVISA na regulação de medicamentos.

Para fazer o estudo da cooperação em saúde no Governo Lula entre Brasil e os PALOP foram analisados os discursos dos presidentes e de representantes dos órgãos responsáveis pelas políticas externas dos países envolvidos. Relatórios do Ministério da Saúde, da Fiocruz e de outros órgãos oficiais brasileiros também foram objetos de estudo, assim como seus análogos nos países africanos em questão. Documentos não oficiais mas de relevância e confiabilidade também serviram de fontes, como relatórios de ONGs e outras organizações privadas que trabalham com saúde e/ou relações internacionais e política externa e estudos acadêmicos de pesquisadores renomados. Foi, assim, feita uma análise das políticas externas dos países africanos selecionados e brasileiro em relação à área da saúde.

⁷ CHAVES. Fábio Meneghetti. *Cooperação em CT&I Brasil - Cabo Verde. Diplomacia Científica: II Curso de Cooperação Internacional em Ciência, Tecnologia e Inovação Coletânea de artigos*. Brasília, 2010, p. 339.

⁸ Ministério da Saúde – Grupo Temático de Cooperação Internacional em Saúde. *Cooperação Brasil – Moçambique na Área da Saúde*, 2010.

CÁPÍTULO 1

BREVE HISTÓRICO DAS RELAÇÕES BRASIL – ÁFRICA: DO DISTANCIAMENTO À REAPROXIMAÇÃO

O Brasil e a África possuem laços históricos e culturais que influenciaram fortemente a formação da nação brasileira, apesar dessas características, nota-se um afastamento do Brasil em relação aquele continente após o fim do tráfico de escravos e com a implantação do sistema colonial na África.⁹ Esse afastamento foi mantido até a década de 1960, quando ocorreu a implantação da Política Externa Independente (PEI) por Jânio Quadros e João Goulart. Para Visentini, com a PEI “o Brasil lançou uma política africana e tomou posição em favor do direito à autodeterminação dos povos coloniais”.¹⁰ É um momento importante para a aproximação do Brasil com a África, como ressalta Silva:

A grande virada nas relações do Brasil com a África ocorreu nos governos Jânio Quadros (1961) e João Goulart (1961 – 1964) com um expressivo avanço nas relações com o continente africano, mas que ainda sofreram aproximações e distanciamentos [...].¹¹

Com a ascensão do regime militar a postura de aproximação em relação ao continente africano tem seu ritmo diminuído, por vezes, chegando a regredir. Já, na década de 1980, com um projeto brasileiro de inserção internacional, percebe-se novo estreitamento das relações entre Brasil e o continente africano – que é interrompido com a chegada ao poder do governo neoliberal de Fernando Collor de Mello. Essa postura, que não sofreu grandes alterações com Itamar Franco, começa a se modificar timidamente nos governos de Fernando Henrique Cardoso, marcados por uma seletividade no que tange à escolha dos países com os quais o Brasil viria a ter relações mais profundas. É apenas com o Presidente Luís Inácio da Silva, o

⁹ VISENTINI, Paulo. *A África Moderna*. Porto Alegre: Leitura XXI, 2010, p.109.

¹⁰ Id., *Ibidem.*, p. 112.

¹¹ SILVA, André Luiz Reis da. *Do Otimismo Liberal à Globalização Assimétrica: a Política Externa do Governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002)*. Curitiba: Juruá, 2009, p. 238.

Lula, quando se começa a modificar substancialmente o modo como o Brasil enxerga a África e é a partir desse governo que uma nova política externa para a África nasce.

O presente capítulo busca analisar essa seletividade presente principalmente nos governos de Fernando Henrique Cardoso e a aproximação com o continente africano nos governos de Luís Inácio da Silva com especial ênfase aos laços com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP).

1.1 Distanciamento e seletividade nos anos 1990

1.1.1 Governos Fernando Collor de Mello e Itamar Franco

A ascensão, no Brasil, de governos neoliberais, que tinham como base as regras ditadas pelo Consenso de Washington, promove, novamente, um distanciamento do país com o continente africano claramente notado no governo de Fernando Collor de Mello. Como mostra Visentini:

A visão estratégica contida no Consenso de Washington, que orientava a nova elite brasileira, enfatizava as relações verticais Norte-Sul, em lugar das relações horizontais Sul-Sul. No contexto da Guerra Fria e da criação do Mercosul, em 1991, a África foi considerada um cenário secundário, nos marcos de uma diplomacia baseada numa visão primeiro-mundista e neoliberal da globalização.¹²

Para o ex-presidente Fernando Collor de Mello a nova configuração internacional exigia uma mudança de postura do Brasil em política externa, cabendo à África um papel secundário nas relações internacionais do país:

“Era preciso redesenhar geopoliticamente o quê? O resultado dessas, das grandes mudanças. E nesse redesenho geopolítico mundial, aí nós começamos a ser considerados. Nós passamos a ser, de alguma forma, observados com mais atenção. E, nesse momento, o Brasil que sempre teve sempre manteve seus vínculos com a África, até porque nossas raízes estão aí fincadas, essas nossas relações, elas, tiveram que ficar um pouco, vamos dizer assim em stand by. Não que nós abrissemos mão desse nosso compromisso. Nós sempre mantivemos valores, mas estávamos ocupados com uma tarefa hercúlea que era de fazer com que o Brasil não sucumbisse

¹² VISENTINI, Paulo Fagundes, RIBEIRO, Luiz Dario, PEREIRA, Analucia Danilevicz. *Breve História da África*. Porto Alegre: Leitura XXI, 2007, p. 163.

diante de todas aquelas mudanças e de que pegasse o último trem que ele teria para essa grande inserção que nós estávamos trabalhando.¹³

A gestão de Itamar Franco, com Fernando Henrique Cardoso e, posteriormente, Celso Amorim chefiando o Ministério das Relações Exteriores, não trouxe grandes mudanças para as relações do Brasil com o continente africano. Para Ribeiro, havia contradições do ponto de vista do discurso, que assinalava a importância das relações com a África, e da prática diplomática, que as excluía do horizonte internacional do país.¹⁴ Na prática os esforços eram concentrados na África do Sul, recém saída do apartheid, Angola e Nigéria. Tiveram destaque nesse governo a reativação da ZOPACAS, a realização do Encontro de Chanceleres de Países de Língua Portuguesa em Brasília e o apoio aos processos de paz e reconstrução de alguns países do continente, com destaque para a ação em Angola.¹⁵

Com a saída de Fernando Henrique Cardoso do Ministério das Relações Exteriores assume essa pasta Celso Amorim, marcando a volta de um diplomata à liderança do Itamaraty.¹⁶ O novo ministro dá um novo impulso às relações com a África. O projeto de constituição da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) merece um destaque nessa nova articulação para a África. Com origens em 1989, ainda no governo Sarney, mas efetivamente criada em 1996, durante o governo Fernando Henrique Cardoso, a CPLP pretende promover a cooperação entre os países de língua portuguesa. Em fevereiro de 1994 foi realizado em Brasília o Encontro de Chanceleres de Países de Língua Portuguesa. Na ocasião, o presidente Itamar Franco discursou no jantar oferecido pelo Embaixador José Aparecido, grande impulsionador do processo de criação da CPLP, e por Sarah Kubitschek

¹³ MELLO, Fernando Collor de. Presidente da República (1990-92). Entrevista concedida a Claudio de Oliveira Ribeiro. Maceió, 2006.

¹⁴ RIBEIRO, Claudio Oliveira. *Relações político-comerciais Brasil-África (1985-2006)*. 2007. Tese (Doutorado em Ciências Políticas) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2007, p.112.

¹⁵ VISENTINI, Paulo Fagundes, RIBEIRO, Luiz Dario, PEREIRA, Analucia Danilevicz.. Op. cit. p.163.

¹⁶ No período analisado no presente trabalho o MRE foi chefiado por dois juristas no governo Collor, Francisco Rezek e Celso Lafer, e por um sociólogo nos primeiros seis meses do Governo Itamar Franco, Fernando Henrique. Abrangendo um período mais longo, verifica-se que um diplomata não ocupava a chefia do MRE desde o governo Figueiredo, com o diplomata Ramiro Elísio Saraiva Guerreiro.

aos Chanceleres de língua portuguesa sobre a importância desse encontro de Brasília como um “novo e decisivo passo para a consolidação da Comunidade”.¹⁷ Para Ribeiro:

O esforço brasileiro para a consolidação da CPLP denota seu interesse em constituir um canal privilegiado de comunicação entre o Brasil e os PALOP. [...] projetando internacionalmente a imagem do país como ator protagonista na construção de uma provável “nova” ordem mundial mais voltada para os compromissos dos países em desenvolvimento do que para as economias avançadas.¹⁸

Ainda mais importante foi o apoio, através de missões de paz, aos processos de paz e reconstrução de Angola e Moçambique, que, para Ribeiro:

[...] adequava-se ao interesse do país em assegurar objetivos próprios em âmbito global [...] denota a preocupação em refletir a imagem brasileira para os PALOP [...] garantir apoio dos Estados africanos em seu pleito por um assento permanente do Conselho de Segurança da ONU.

É importante destacar que, apesar de que houve uma maior aproximação com a África do que durante o governo de Collor, o governo Itamar não será ainda aquele que viria a dar uma maior ênfase às relações Brasil – África.

1.1.2 Governos Fernando Henrique Cardoso (1995-2003)

Em relação aos governos de Fernando Henrique Cardoso, segundo Saraiva (1996) APUD Silva (2009, pág. 239), as relações entre o Brasil e a África se reduziram, mas não se extinguíram. Houve foi uma seletividade na escolha dos parceiros africanos, na qual se nota preferência por países da África Austral e alguns países-chave, como África do Sul e Angola.¹⁹ Silva afirma que “o interesse brasileiro na África selecionava parceiros e projetos

¹⁷ XVIII Discurso do Senhor Presidente da República, Itamar Franco, por ocasião do jantar oferecido pelo Embaixador José Aparecido e a Senhora Sarah Kubitschek aos Chanceleres de língua portuguesa, no Memorial JK. Discursos Selecionados do Presidente Itamar Franco: FUNAG, Brasília, 2008

¹⁸ RIBEIRO, Claudio Oliveira. Op. cit.p. 114-115

¹⁹ SILVA, André Luiz Reis da. Op. cit. p. 239.

específicos” e isso transpareceria na viagem que o presidente fez à África do Sul visando atrair investimentos daquele país para o Brasil. Já em Angola havia o interesse em investir no país e fazer doação em dinheiro para reabilitação de vítimas da Guerra Civil.²⁰ Em relação à Nigéria se pode dizer que era o maior parceiro comercial do Brasil com a África Negra no período.

O Embaixador José Vicente Pimentel, na época, Diretor-Geral do Departamento de África e Oriente Próximo do Itamaraty, defendia essa seletividade dizendo que, na África, nossos recursos deveriam ser aplicados com critério. Criticava os que defendiam uma chamada *política africana*, pois, para o Embaixador Pimentel, países distintos “oferecem oportunidades específicas, que demandam respostas individualizadas”. Ou seja, não seria possível aplicar uma mesma política a todos os países de um continente inteiro, pois cada país teria suas peculiaridades. Para o Embaixador Pimentel “seletividade não significa desinteresse pelas grandes causas comuns a todos os africanos – de resto, a toda a humanidade – como a busca da paz, o desenvolvimento econômico, a democracia, os direitos humanos. Denota, apenas, pragmatismo na alocação de recursos limitados.”²¹ Dentro dessa seletividade Pimentel advoga pelas relações do Brasil com África do Sul, Nigéria, Angola e demais países lusófonos.

Ribeiro mostra que, não tendo o continente africano ocupado um lugar de destaque na agenda internacional brasileira, trabalhou-se, em relação à África através de “concentração e seletividade”, com atividades voltadas à África do Sul, Angola e Moçambique em um trabalho voltado a consolidação da CPLP. Silva também trabalha com o conceito de “seletividade” nas relações com o continente africano, destacando “a atração exercida pela África do Sul, Angola e Nigéria” e pelos países lusófonos da África.²²

Nesse contexto, a CPLP é criada oficialmente em 1996 pelos 7 países de língua portuguesa (em 2002, com a independência do Timor Leste, esse país também ingressa na Comunidade).

A CPLP assume-se como um novo projecto político cujo fundamento é a Língua Portuguesa, vínculo histórico e património comum dos Oito – que constituem um espaço geograficamente descontínuo, mas identificado pelo

²⁰ Ibidem, p. 244.

²¹ PIMENTEL, José Vicente. *Relações Internacionais entre Brasil e a África Subsaariana*. Revista Brasileira de Política Internacional, ano 43, n.2, 2000, p, 6-7.

²² SILVA, André Luiz Reis da. Op. cit. p. 243.

idioma comum. Esse factor de unidade tem fundamentado, no plano mundial, uma actuação conjunta cada vez mais significativa e influente. A CPLP tem como objectivos gerais a concertação política e a cooperação nos domínios social, cultural e económico. [...] No tocante à concertação político-diplomática, tem-se dado expressão crescente aos interesses e necessidades comuns em organizações multilaterais, como a ONU, a FAO e a OMS. [...]. No campo económico, procura-se aproveitar os instrumentos de cooperação internacional de um modo mais consistente, através de uma concertação regular entre os Oito.²³

Kamilla Rizzi argumenta que “em uma perspectiva cultural, a CPLP pode ser interpretada como uma resposta a globalização que imperou nos anos 1990 (com a internacionalização da economia).”²⁴ Rizzi acrescenta ainda que “a idéia fundamental que rege a atuação da CPLP pode ser interpretada como a de uma comunidade cuja atuação deva ser um *locus* de interseção entre vários processos de integração regional que estariam em curso”.²⁵

Cabe lembrar que mesmo com a constituição da CPLP, o Brasil apresenta graus de relação muito diferenciados com cada PALOP. Para Ribeiro, os esforços dos envolvidos na CPLP ainda não foram suficientes para cooperação efetiva entre seus membros, até porque “observa-se que a constituição e o desenvolvimento da CPLP ainda não foram capazes de promover ações e canais eficazes para a superação do estado de desconhecimento recíproco existente entre os países”.²⁶ Ribeiro ainda alerta que, no que tange a CPLP, a cooperação “é desprovida de conteúdo comercial e econômico significante” tratando de promover a língua portuguesa como instrumento de entendimento político diplomático e, mesmo assim, com empenho insuficiente, como mostra a lentidão do processo do acordo ortográfico. Em se tratando especificamente sobre os PALOP no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, Ribeiro é enfático:

²³ CPLP. *Histórico*. Disponível em: <<http://www.cplp.org/id-45.aspx>> Acesso em : 23 maio 2010. Mantida a grafia original.

²⁴ RIZZI, Kamilla Raquel. *Relações Brasil-Angola no pós-guerra fria: os condicionantes internos e a via multilateral*. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais, Porto Alegre, BR-RS, 2005. Ori.: Vizentini, Paulo Gilberto Fagundes, p. 89.

²⁵ *Ibidem*, p. 90.

²⁶ RIBEIRO, Claudio Oliveira. Op. cit. p. 160-161.

Ao privilegiar suas relações com os PALOP, a diplomacia brasileira acaba, no conjunto das relações do Brasil com a África, restringindo a presença do país no continente africano. Levado a termo, tal posicionamento coloca a África fora da órbita diplomática, pois as possíveis pontes sobre o Atlântico são condicionadas à possibilidade do diálogo no quadro do “mundo que o português criou”, o que é claramente um retrocesso.²⁷

Ainda dentro das relações com os países africanos de língua portuguesa durante o governo FHC merece destaque uma missão de paz em solo africano, a UNAVEM III, em Angola. “A UNAVEM III (United Nations Angola Verification Mission III) foi estabelecida para ajudar o governo de Angola e a UNITA a restaurar a paz e alcançar a reconciliação nacional nas bases do Acordo de Paz para Angola, assinado em 31 de maio de 1991”²⁸ Foi estruturada levando em conta o Protocolo de Lusaka, de 1994.

De agosto de 1995 até julho de 1997, a ONU estabeleceu a terceira Missão de Verificação das Nações Unidas em Angola, a UNAVEM III. O Brasil cedeu a essa missão um batalhão de Infantaria [...] e dois Postos de Saúde Avançados, a 20 homens cada, um do Exército Brasileiro e um da Marinha do Brasil. Além da tropa, o Brasil contribuiu com oficiais para compor o Estado-Maior da missão e, em média, com 14 observadores militares e 11 observadores policiais. O Estado brasileiro chegou a ser o maior contribuinte de tropas para a UNAVEM III, que, durante dois anos, foi a maior operação de paz das Nações Unidas. Sua participação nessa missão fez com que o País ocupasse, no início de 1996, a posição de quarto maior contribuinte de contingentes de tropa para operações de paz daquela organização.²⁹

De acordo com Gonçalves e Manduca, “a UNAVEM III é importante na consolidação da tradição do Brasil nas missões de paz organizadas pela ONU e demonstrou naquele contexto histórico a possibilidade de o país participar de grandes eventos internacionais ao mesmo tempo em que ressignificou a postura das Forças Armadas na sociedade brasileira.”³⁰

²⁷ RIBEIRO, Claudio Oliveira. Op. cit. p. 156-157.

²⁸ ONU. *Angola UNAVEM III*. Disponível em:

<http://www.un.org/en/peacekeeping/missions/past/unavem_p.htm> Acesso em: 24 maio 2010

²⁹ Portal do Comando Militar do Nordeste. Disponível em: <<http://www.cmne.eb.mil.br/haiti/soloafricano.html>> Acesso em: 24 maio 2010

³⁰ GONÇALVES, Israel Aparecido; MANDUCA, Paulo César. *A Missão de Paz em Angola: Sua estrutura interna e características políticas*. Disponível em: <http://www.abed-defesa.org/page4/page8/page9/page18/files/IGoncalves_PManduca.pdf>

Além da missão de paz em Angola, o Brasil participou de missões de paz em outros países africanos no mandato de Fernando Henrique Cardoso.

Apesar da cooperação entre Brasil e África ainda ter sido relativamente tímida no governo FHC, foi nesse governo que, na área da saúde, foram dados passos importantes. Visentini destaca que há o incremento da cooperação no campo das políticas públicas, dando ênfase à luta brasileira pela quebra dos direitos de patente dos medicamentos para a AIDS, doença que se constitui um grave problema para a África Austral (VISENTINI *et alli*, 2007). Em 2001, matéria no jornal inglês Independent alertou para o fato de que apenas 0,01% da população atingida pela AIDS têm acesso aos medicamentos anti-retrovirais em função dos altos preços praticados pela indústria farmacêutica mundial, o que demonstra a importância do barateamento dessas drogas e de projetos de cooperação internacional na área da saúde pública.³¹ Durante o mandato de Fernando Henrique Cardoso, o presidente do Zimbábue assinou com o Brasil acordos para o intercâmbio de informações sobre programas de prevenção de AIDS. Em 2000 foram doados pelo Brasil cinco toneladas de medicamentos para auxiliar as vítimas da maior enchente já ocorrida no país.³² De acordo com Vigevani, o desenvolvimento de projetos de cooperação internacional horizontal na área da saúde se devem também ao relativo sucesso da política brasileira de controle da AIDS, tendo sido implementados através da Agência Brasileira de Cooperação com ações na área de combate a AIDS e treinamento de pessoal em saúde pública em países africanos.³³

Em 2000 o então ministro da Saúde, José Serra, anuncia estar negociando com os laboratórios Merck Sharp & Dohme e Roche, que produzem, respectivamente, os medicamentos utilizados no coquetel anti-retroviral efavirenz e nelfinavir, uma redução no preço dessas drogas em função do que Serra chama de “uma situação de emergência” enfrentada pelo Brasil naquele momento: “Está configurada uma situação de emergência. Não vou parar de dar o medicamento para as pessoas. O preço é que define a possibilidade de atendimento. Dinheiro não é clara de ovo, que a gente bate e cresce”.³⁴ O Brasil produzia, na

³¹ WALSH, Declan. *Kenyan Aids orphanage declares war on the drugs company giants*. Independent. Nairobi, 22 de fevereiro de 2001

³² SILVA, André Luiz Reis da. Op. cit. p. 257

³³ CINTRA, Rodrigo *et alii*. *Política externa no período FHC: a busca de autonomia pela integração*, in *Tempo Social*, USP: São Paulo, novembro de 2003, p. 55.

³⁴ MIGNONE, Ricardo; MADUEÑO, Denise. *Brasil quebra patente de remédio contra Aids*. Folha de São Paulo. São Paulo, Ciência, 22 de agosto de 2001.

época, 8 dos 12 medicamentos utilizados no coquetel anti-AIDS, sendo que apenas os dois medicamentos, efavirenz e nelfinavir, representavam juntos 36% dos custos com o coquetel.³⁵

Em março de 2001 a Merck Sharp & Dome anuncia que vai reduzir o preço de seu medicamento em 64%, a fim de evitar a quebra da patente. Entretanto, com a Roche as negociações não tiveram o mesmo êxito, de maneira que, utilizando o artigo 71 da Lei de Patentes, que prevê a licença compulsória em casos de emergência, o governo brasileiro anuncia que vai passar a produzir o remédio no país através da Farmanguinhos, da Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz), mas sem exclusividade, de maneira que outros laboratórios passam a poder também produzir o medicamento.

A questão da quebra das patentes de medicamentos anti-AIDS não foi exclusiva do Brasil, tratava-se de uma questão de saúde pública de muitos países em desenvolvimento, como a África do Sul, e recebia apoio de organizações não-governamentais que se opõe à política dos grandes laboratórios farmacêuticos mundiais, responsáveis pela produção dos principais remédios contra a doença. Os EUA já havia, em junho de 2001, apresentado denúncia contra o Brasil na OMC (Organização Mundial do Comércio). O Brasil, por sua vez, argumentou que uma das cláusulas do acordo ADPIC (Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Referente ao Comércio) utilizadas pelos EUA – que diz que os interesses de quem possui a licença devem ser protegidos – protegia mais o direito dos grandes laboratórios do que o direito de saúde das populações. O argumento brasileiro recebeu apoio de Kofi Annan, secretário-geral da ONU, e do diretor da OMC, Mike Moore e, quatro dias depois, os EUA retiraram a acusação contra o Brasil. Com isso, 39 laboratórios que havia três anos tinham ingressado nos tribunais sul-africanos contra o governo de Pretória por questões de patentes de medicamentos anti-retrovirais, retiraram suas acusações.³⁶ A Roche acaba cedendo às pressões do governo e reduz o preço de seu medicamento. Os gastos, no Brasil, com os medicamentos contra a AIDS se reduzem quase pela metade no ano seguinte e a luta brasileira serve como exemplo para outras nações em desenvolvimento.³⁷

³⁵ *Governo distribui 12 medicamentos do coquetel anti-AIDS*. Folha de São Paulo. São Paulo, Ciência, 26 de junho de 2001.

³⁶ *France Presse*, Genebra. Como outros países pobres, Brasil luta contra laboratórios. Folha de São Paulo. Ciência, 24 de agosto de 2001

³⁷ *Custo por paciente de AIDS caiu de US\$ 4.700 para US\$ 2.500*. Folha de São Paulo. Ciência, 24 de fevereiro de 2002

Vigevani, Oliveira e Cintra (2003) esclarecem que o governo de Fernando Henrique Cardoso exigia o reconhecimento do direito de quebra de patentes de remédios para o tratamento da AIDS, alegando o impacto que essa doença tem em várias regiões do mundo através do argumento de que o bem público deve prevalecer sobre o lucro. O Brasil conseguiu legitimar sua demanda e ganhou a simpatia de outros países, da ONU, de ONGs e da OMS. O Estados Unidos aceitaram o acordo.³⁸

Para Cepaluni o episódio mostra que países em desenvolvimento, como o Brasil, “tem mais possibilidade de obter ganhos em regimes internacionais do que em negociações bilaterais com poderosos países desenvolvidos”. Além disso, na Declaração de Doha, em novembro de 2001, Brasil, Índia, África do Sul e outros países em desenvolvimento puderam estabelecer alianças com ONGs de direitos humanos e AIDS, como a Médicos Sem Fronteiras, The Oxford Committee for Famine Relief (Oxfam), Consumer Project on Technology (CPT), entre outras, para criar “uma coalizão eficiente nas negociações”³⁹.

1.2 As relações Brasil e África no governo Lula: a reaproximação

Reafirmamos os laços profundos que nos unem a todo o continente africano e a nossa disposição de contribuir ativamente para que ele desenvolva as suas enormes potencialidades.

Luiz Inácio Lula da Silva, presidente da República⁴⁰

Desenvolveremos, inclusive por meio de parcerias com outros países e organizações, maior cooperação com os países africanos. Angola e Moçambique, que passaram por prolongados conflitos internos, receberão atenção especial. Valorizaremos a cooperação no âmbito da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (a CPLP), inclusive com o seu mais novo membro, o Timor Leste.

Celso Amorim, Ministro das Relações Exteriores⁴¹

³⁸ CINTRA, Rodrigo et alii. Op. cit. p. 50

³⁹ CEPALUNI, Gabriel. *Regimes Internacionais e o Contencioso das Patentes para Medicamentos: Estratégias para Países em Desenvolvimento*. *Contexto Internacional*. Rio de Janeiro, vol. 27, nº 1, jan/jun, 2005

⁴⁰ Pronunciamento do Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, na sessão solene de posse no Congresso Nacional. Brasília. 01 de janeiro de 2003

⁴¹ AMORIM, Celso. Discurso proferido pelo Embaixador Celso Amorim por ocasião da Transmissão do Cargo de Ministro de Estado das Relações Exteriores. 01 de janeiro de 2003

Com a chegada de Luiz Inácio Lula da Silva à presidência da República percebe-se que, em relação à África, há uma maior sintonia entre o discurso oficial e a prática. Isso ocorre porque esse governo apresenta uma política externa que enfatiza a importância de relações horizontais, ou seja, a cooperação entre países em desenvolvimento, como os africanos, no âmbito da cooperação Sul-Sul. Como lembram Visentini e Pereira, no governo Lula discurso e prática diplomática convergem para a construção de alianças preferenciais com parceiros no âmbito das relações Sul-Sul⁴². Durante o governo Lula temos o lançamento do Fórum de Diálogo Índia, Brasil e África do Sul (IBAS), uma iniciativa sul-africana de cooperação sul-sul que recebe total apoio do Brasil. Nesse sentido, o continente africano vem apresentado maior importância do que apresentava nos outros governos anteriores. Isso pode ser demonstrado através de uma série de elementos como maior número de projetos de cooperação técnica; abertura de mais embaixadas em solo africano (revertendo a tendência dos anos 90 de fechamento de diversas representações diplomáticas naquele continente); grande número de viagens presidenciais à África; incremento do intercâmbio comercial. Esses elementos serão trabalhados a seguir.

A cooperação técnica internacional é um importante instrumento de desenvolvimento que auxilia um país a promover mudanças estruturais para superar restrições ao seu crescimento. Consiste em programas que permitem transmitir conhecimentos capacitando, assim, recursos humanos e fortalecendo instituições do país receptor. O Brasil, que trabalha com cooperação técnica há aproximadamente quatro décadas, desenvolve programas em transporte, energia, mineração, meio ambiente, agricultura, educação e saúde. Duas são as vertentes da cooperação técnica no Brasil, a cooperação horizontal e a recebida do exterior, sendo que o presente trabalho trata de cooperação em saúde entre um grupo específico de países em desenvolvimento (PALOP e Brasil), logo se utiliza mais do conceito de cooperação horizontal, aquela implementada pelo Brasil com outros países em desenvolvimento e que implica um estreitamento de laços políticos e econômicos entre os países envolvidos.

Agência Brasileira de Cooperação (ABC), que é a representante oficial do Governo nas ações de cooperação técnica, conta com a Coordenação Geral de Cooperação Técnica Entre Países em Desenvolvimento (CGPD) para promover ações de cooperação horizontal, um

⁴² VISENTINI, P. G. F.; PEREIRA, A. D. *A Política Africana do Governo Lula*. Disponível em <http://www6.ufrgs.br/nerint/folder/artigos/artigo40.pdf> Acesso em 25 de maio de 2010

importante instrumento de política externa que tem servido ao Brasil no sentido de assegurar sua “presença positiva e crescente em países e regiões de interesse primordial”. A ABC informa que o atual governo tem entre suas prioridades ações relacionadas a compromissos assumidos em viagens do Presidente e do Chanceler; à África, em especial os PALOP, e Timor-Leste e apoio à CPLP. Os países africanos são os principais destinatários da cooperação técnica brasileira, sendo os PALOP o grupo de países em que o relacionamento é mais estreito e com os quais se desenvolvem, principalmente, projetos de saúde, educação e agricultura. Com a CPLP vem sendo desenvolvidos projetos saúde, telecomunicações, agricultura, treinamento em cooperação técnica internacional e governo eletrônico envolvendo, em sua maioria, os PALOP e o Timor Leste. Através do Fundo IBAS, que tem como objetivo implementar as Metas do Milênio, Guiné-Bissau foi selecionado para a implementação de um projeto de apoio ao desenvolvimento da agricultura e da pecuária com ênfase na geração de renda e combate à pobreza. Outra ação de destaque da ABC dentro da Cooperação Sul-Sul no continente africano é a o apoio ao Cotton-4: Benin, Burkina Fasso, Chade e Mali, países produtores de algodão.⁴³

O Programa Estudante Convênio de Graduação (PEC-G) e o Programa Estudante Convênio de Pós-Graduação (PEC-PG) são também iniciativas de cooperação do Brasil com países em desenvolvimento. O PEC-G foi criado em 1964, já o PEC-PG começou a funcionar em 1983. Ambos os programas, que fomentam a cooperação em pesquisa científica e na formação de quadros profissionais em países em desenvolvimento que mantêm acordos de cooperação com o Brasil - entre os quais muitos países da África. O PEC-G e o PEC-PG têm recebido grandes impulsos no governo Lula: o número de vagas para os programas foram ampliadas, foram criadas bolsas, como a Bolsa Mérito e a Bolsa MRE, com o intuito de ajudar na manutenção do aluno estrangeiro no Brasil. Vem sendo também estimulada a construção de universidades e centros de pesquisa em solo africano através de parcerias entre universidades africanas e brasileiras, a exemplo da Universidade de Cabo Verde – que contou com o apoio de instituições brasileiras, entre as quais a Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programas de educação a distância também tem sido implementados em parceria com os governos brasileiro e do país beneficiário através de universidades brasileiras e universidades

⁴³ ABC. Disponível em <http://www.abc.gov.br/default.asp> Acesso em 26 out. 2010.

dos países africanos. Está tramitando pelo Congresso Nacional a lei que instituirá a “Universidade Afro-brasileira”, que pretende ser um centro de estudos para 5 mil alunos brasileiros e 5 mil alunos africanos.⁴⁴

A mudança do interesse do continente africano para o Brasil é notada também na reestruturação no MRE do antigo Departamento da África e do Oriente Médio, que passa a ter departamentos exclusivos para África e para Ásia. Dessa forma, a Subsecretaria-Geral de Política II passa a ser constituída por quatro departamentos: Departamento de Oriente Médio (DOMA), Departamento da Ásia e Oceania (DAO), Departamento da África (DEAF) e Departamento de Mecanismos Regionais (DMR). O Departamento de África, por sua vez, apresenta três sub-divisões: Divisão da África I, Divisão da África II e Divisão da África III – cada uma responsável pelas relações políticas com determinados países agrupados em função de sua localização geográfica e também por relações políticas com organismos regionais africanos, como mostra o quadro abaixo:

DEAF	Relações políticas com
DAF-I	Benin, Burkina Faso, Cameroun, Chade, Rep. do Congo, Costa do Marfim, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné (Conacri), Guiné Equatorial, Libéria, Mali, Marrocos, Mauritânia, Níger, Nigéria, Senegal, Serra Leoa, Togo. CEDEAO/ECOWAS, UEMOA, CEMAC, UMA, ZOPACAS, NEPAD e outros organismos regionais no âmbito da África Ocidental, Central e do Norte
DAF-II	África do Sul, Angola, Botsuana, Cabo Verde, Comores, Guiné-Bissau, Lesoto, Madagascar, Malauí, Maurício, Moçambique, Namíbia, São Tomé e Príncipe, Seicheles, Suazilândia, Zâmbia, Zimbábue. CPLP, SADC, UA, ZOPACAS, NEPAD e outros organismos regionais no âmbito da África Austral.
DAF-III	Argélia, Burundi, Djibuti, Egito, Eritréia, Etiópia, Líbia, Quênia, República Centro Africana, República Democrática do Congo, Ruanda, Somália, Sudão, Tanzânia, Tunísia, Uganda. IGAD, UMA, Zona Árabe de Livre Comércio, UA, NEPAD e outros organismos regionais no âmbito da África Oriental e Setentrional.

Chama a atenção também a abertura de novas embaixadas no continente africano durante o governo Lula, seguindo sentido contrário ao da política externa para a África na década de 1990, quando embaixadas na África foram fechadas sob a alegação de restrições

⁴⁴ SILVA, Luiz Inácio Lula da. Discurso durante sessão de abertura da Cúpula Brasil – Comunidade Econômica dos Estados da África Ocidental (Cedeao). 2010.

orçamentárias. Durante os 8 anos de governo Lula foram abertas ou reabertas 16 embaixadas sendo que outras duas, Libéria e Serra Leoa, já têm abertura autorizada e devem começar a funcionar em pouco tempo, totalizando, assim, 36 embaixadas em solo africano, das quais 18 foram abertas ou tiveram início do processo de abertura no governo Lula, de maneira que desde 2003 o número de embaixadas dobrou. Benin, Burkina Faso e Mali, três integrantes do Cotton-4, estão os países que passaram a contar com embaixadas brasileiras no Governo Lula. As novas embaixadas são: São Tomé e Príncipe (2003) – único PALOP que ainda não contava com representação brasileira -, Etiópia, República Democrática do Congo (2004), Benin, Cameroun, Guiné-Equatorial, Sudão, Tanzânia e Togo (2005), Botsuana, Guiné e Zâmbia (2006), Burkina Faso, República do Congo, Mali e Mauritânia (2007). No quadro a seguir é possível visualizar todas as embaixadas brasileiras na África. As embaixadas criadas ou reativadas no governo Lula estão em negrito.

Embaixadas brasileiras no continente africano ⁴⁵				
1. África do Sul	8. Cameroun*	15. Guiné	22. Moçambique	29. Sudão
2. Angola	9. Congo	16. Guiné- Bissau	23. Namíbia	30. Tanzânia*
3. Argélia	10. Côte d'Ivoire	17. Guiné-Equatorial	24. Nigéria	31. Togo*
4. Benin	11. Egito	18. Líbia	25. Quênia	32. Tunísia
5. Botsuana	12. Etiópia*	19. Mali	26. República Democrática do Congo*	33. Zâmbia*
6. Burkina Faso	13. Gabão	20. Marrocos	27. São Tomé e Príncipe	34. Zimbábue
7. Cabo Verde	14. Gana	21. Mauritânia	28. Senegal	

***Reabertas, haviam sido fechadas no governo de FHC**

Abertura já autorizada: Libéria e Serra Leoa

No mesmo caminho, diversos países africanos abriram representações diplomáticas no Brasil, entre os quais: Benin, Guiné, Guiné Equatorial, Namíbia, Quênia, Sudão, Tanzânia, Zâmbia e Zimbábue. Os seguintes países contam com representação diplomática no Brasil: África do Sul, Angola, Argélia, Benin, Botsuana, Cabo Verde, Camarões, Congo, Côte

⁴⁵ Departamento da África do Ministério das Relações Exteriores. *Embaixadas do Brasil na África*.

d'Ivoire, Egito, Etiópia, Gabão, Gana, Guiné, Guiné Equatorial, Líbia, Marrocos, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Quênia, República Democrática do Congo, Senegal, Sudão, Tanzânia, Tunísia, Zâmbia, Zimbábue.⁴⁶ Em 2010 Guiné-Bissau anuncia também abertura de embaixada no Brasil.

É importante destacar que, de fato, os esforços do governo brasileiro em direção à África não se restringem à abertura de novas representações diplomáticas nesse continente. Em novembro de 2010 o Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio (MDIC) e a Apex, com o apoio do Ministério das Relações Exteriores (MRE), promoveram a Missão Empresarial a Angola e à África do Sul. Através de rodadas de negócio, a Missão promoveu a exploração do potencial de comércio existente entre os países envolvidos. Merece destaque o ano de 2009, no qual foram promovidas quatro missões empresariais, sendo três delas direcionadas à África, a saber: Missão Norte da África (Argélia, Líbia, Marrocos e Tunísia, em janeiro), Missão África Subsaariana (Gana, Guiné Equatorial, Nigéria e Senegal, em junho) e a Missão Sul da África (África do Sul, Angola e Moçambique, em novembro).⁴⁷

Em relação aos números do comércio brasileiro com o continente africano nota-se que o intercâmbio comercial do Brasil com a África teve um expressivo incremento com uma variação de 414,5% entre 2002 e 2008. Desmembrando esses números verifica-se que o aumento dos índices de exportação brasileiros tendo como destino nações africanas foi de 330,4% no mesmo período. Já os índices de importação daquele continente subiram, no período 2002-2008, impressionantes 488,8%.⁴⁸ Em relação ao ano de 2009, houve no ano de 2010 um aumento de 45% das exportações brasileiras que têm como destino a África⁴⁹. Pode ser dito que os números obtidos vão de encontro aquele pensamento de que investir na África é jogar dinheiro fora.

Ribeiro enfatiza que “a diplomacia presidencial tem favorecido significativamente o setor empresarial brasileiro no continente africano”⁵⁰. O apoio brasileiro é um fator que tem

⁴⁶Ministério das Relações Exteriores. Endereços de consulados estrangeiros no Brasil. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/listacorpodiplo.htm> Acesso em: 27 de out. 2010.

⁴⁷ Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio. *Missões Empresariais*. Disponível em http://www.desenvolvimento.gov.br/sistemas_web/missoes Acesso em 25 de outubro de 2010.

⁴⁸Ministério das Relações Exteriores. *Comércio Exterior com a África*. Disponível em <http://www.braziltradenet.gov.br/ARQUIVOS/IndicadoresEconomicos/ComExtAfricaE.pdf> Acesso em 24 de outubro de 2010.

⁴⁹ Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio. *Balança Comercial Brasileira de Setembro de 2010*.

⁵⁰ RIBEIRO, Claudio Oliveira. Op. cit.p. 181.

levado empresas de diversos segmentos que estão em busca de novos mercados a optarem por países africanos. Empresas brasileiras de grande porte já atuam na região, como a Camargo Corrêa, Votorantim, Embraer, Petrobras, Odebrecht, WEG e Vale, em áreas como construção, petróleo e outros recursos naturais. A Revista Valor aponta a disposição das empresas brasileiras a assumir riscos que as americanas ou européias nunca tiveram interesse em enfrentar como elemento importante na boa receptividade que elas tem no continente africano. Um exemplo é a construção da Usina de Capanda, em Angola pela Odebrecht. Iniciada no ano de 1987, em um momento de grande instabilidade do país, as obras de Capanda tiveram que ser paralisadas durante a Guerra Civil e só foram finalizadas em 2004, após o fim da União Soviética, uma das patrocinadoras do projeto. Ainda de acordo com a revista, essa parceria teria sido decisiva para “a situação privilegiada que a Odebrecht passou a ter no país, onde desenvolve nada menos que 28 projetos.”⁵¹

Os principais parceiros comerciais do Brasil em solo africano são Nigéria, Angola, Argélia, África do sul, Líbia, Marrocos, Egito, Tunísia, Guiné-Equatorial, Gana, Senegal, Costa do Marfim, Camarões, Benin e Quênia (dados do período 2006-2008).⁵² A presença de Lula em solo africano, através de visitas oficiais, também é diferenciada em comparação com seus antecessores. Lula esteve no continente no mínimo uma vez ao ano em todos os anos de mandato.

Já em 2003, no mês de novembro, o Presidente Lula foi a São Tomé e Príncipe, Angola, Moçambique, África do Sul e à Namíbia.⁵³ Em julho de 2004 Lula viaja a São Tomé e Príncipe novamente, dessa vez para a V Conferência dos Chefes de Estado e de Governo dos Países de Língua Portuguesa. Ainda na mesma viagem vai ao Gabão e a Cabo Verde, onde é condecorado com a Ordem Amílcar Cabral e abre o Seminário Empresarial.⁵⁴ Em abril de 2005 participa de reunião em Cameroun com o presidente desse país, partindo para Nigéria, onde se reúne com seu presidente e participa de audiência com o secretário-executivo da

⁵¹ Mercados desbravados com disposição ao risco. *Valor Multinacionais Brasileiras*. Ano 3 núm. 3, 2010, p. 32

⁵² Ministério das Relações Exteriores. *Comércio Exterior com a África*. Disponível em: <<http://www.braziltradenet.gov.br/ARQUIVOS/IndicadoresEconomicos/ComExtAfricaE.pdf>> Acesso em: 24 out. 2010

⁵³ Presidência da República – Secretaria de Imprensa e Divulgação. *Viagens Internacionais do Presidente da República/2003*

⁵⁴ Idem. *Viagens Internacionais do Presidente da República/2004*

Comunidade Econômica dos Estados da África Ocidental (ECOWAS). Já em Gana participa de cerimônia de Assinatura de Atos e da cerimônia de inauguração da Câmara de Comércio Brasil-Gana, partindo para Guiné-Bissau, país em que participa de reuniões com o então presidente, Henrique Rosa, e com autoridades locais. Lula termina sua terceira visita à África em Senegal, onde se encontra com Abdoulaye Wade, presidente do país.⁵⁵ No início de 2006, em fevereiro, o presidente do Brasil vai à Argélia onde encontra-se com autoridades do país, participa da Assinatura de Atos e encontra-se com o presidente do Benin, Mathieu Kerekou. Na mesma viagem, Lula visita Botsuana para encontrar-se com seu presidente, Festus Mogae, com o secretário-executivo da Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral (SADC), Tomas Salomão. Ainda em Botsuana, participa ainda do Seminário Empresarial Brasil-Botsuana: Oportunidades de Comércio e Investimentos, partindo no mesmo dia para a África do Sul, onde se encontra com o primeiro-ministro do Reino Unido, Tony Blair, e participa da Cúpula da Governança Progressista. No mesmo ano, mas em novembro, Lula vai à Nigéria para participar da Cúpula África-América do Sul - evento que reuniu Chefes de Estado e de governo de ambas as regiões objetivando a intensificação do diálogo de África e América do Sul e assim fortalecer parcerias em uma dinâmica sustentável de cooperação Sul-Sul - Antes se encontrou com os presidentes de Togo, Gana, Argélia, Moçambique e Líbia.⁵⁶

Em outubro de 2007 Lula se encontra com o presidente de Burkina Faso, Blaise Compaoré, em Burkina Faso onde também participa de Encontro Empresarial e do Colóquio “Democracia e Desenvolvimento na África”. Já na República do Congo, em Brazzaville, participa de reunião bilateral, de Encontro empresarial, de reunião com o presidente do Congo, Denis Sassou Nguesso e de Cerimônia de Assinatura de Atos. Em Johannesburgo, na África do Sul, Lula participa da Cúpula do IBAS, de encontro bilateral com o primeiro-ministro da Índia, de reunião com chefes de Estado e Governo do IBAS e Conselho de Negócios. Finaliza essa viagem à África em Angola, onde se encontra com o presidente do país, José Eduardo dos Santos.⁵⁷ No ano de 2008 Lula foi à África duas vezes, em abril e em outubro, para tratar também de questões de cooperação técnica. Em sua segunda viagem à Gana, Lula encontra-se com o presidente do país, John Agyekum Kufour, e participa da cerimônia de descerramento

⁵⁵ Presidência da República – Secretaria de Imprensa e Porta-Voz. *Viagens Internacionais do Presidente da República/2005*.

⁵⁶ Idem. *Viagens Internacionais do Presidente da República/2006*.

⁵⁷ Presidência da República – Secretaria de Imprensa. *Viagens Internacionais do Presidente da República/2007*.

de placa alusiva à visita às instalações do escritório regional a Embrapa na África e da XII Reunião da Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento. Ainda em Gana encontra-se com o presidente da Finlândia, Tarja Halonen, e com o secretário-geral das Nações Unidas, Ban Ki-mon. Em novembro, Lula viaja a Moçambique para inauguração de instalações da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em Maputo, a primeira unidade da Fiocruz fora do Brasil. Lula também se reúne com quatro empresas brasileiras que operam em Moçambique, se encontra com o presidente Armando Guebuza e procede ao anúncio da entrega de unidade móvel do SESI (Cozinha Moçambique).⁵⁸ Em 2009 Lula vai à Líbia em julho no contexto da Cúpula da União Africana.⁵⁹

Em julho de 2010 Lula passa por seis países, Cabo Verde, abertura da Cúpula Brasil – Comunidade dos Estados da África Ocidental (CEDEAO) e de encontro com o presidente e primeiro-ministro de Cabo Verde; Guiné Equatorial, onde se encontra com o presidente do país, Obiang Nguema Mbasogo e participa da cerimônia de assinatura de atos; Quênia, onde se encontra com o presidente do Quênia, Mwai Kibaki, e participa da sessão de encerramento do Seminário Empresarial Brasil-Quênia; Tanzânia, participa de entrevista para o documentário sobre o programa Cozinha Brasil-Sesi, do Encontro Empresarial Brasil-Tanzânia Zâmbia e se reúne com o presidente da Tanzânia, Jakaya Mrisho Kikwete, e África do Sul, onde participa da abertura da Copa do Mundo de 2010 e inicia os trabalhos da jornada da Copa do Mundo de 2014, no Brasil.⁶⁰ O Presidente Lula realiza sua última visita como Presidente do Brasil ao continente africano em viagem à Moçambique, onde assina acordos de cooperação em diversas áreas, entre as quais a saúde, e visita a Fábrica de Antirretrovirais e Outros Medicamentos, obra que é fruto da parceria entre os dois países.

Nesses oito anos de governo Lula visitou oficialmente 23 países africanos, alguns dos quais mais de uma vez, como a África do Sul, onde esteve por quatro vezes, sendo esse o país mais visitado por Lula. Os países visitados oficialmente por Lula foram: África do Sul, Angola, Argélia, Benim, Botsuana, Burkina Faso, Cabo Verde, Cameroun, Congo (Brazzaville), Egito, Gabão, Gana, Guiné Equatorial, Guiné-Bissau, Líbia, Moçambique,

⁵⁸ Idem. *Viagens Internacionais do Presidente da República/2008*

⁵⁹ Idem. *Viagens Internacionais do Presidente da República/2009*

⁶⁰ Idem. *Viagens Internacionais do Presidente da República/2010*

Namíbia, Nigéria, Quênia, São Tomé e Príncipe, Senegal, Tanzânia e Zâmbia. Nota-se que Lula já esteve em todos os países africanos de língua portuguesa.

1.3 As relações Brasil e PALOP (2003-2010)

Angola necessita de absorver todo um conjunto de experiências que o Brasil possui no sentido de captar a transferência de tecnologia e de conhecimento e de promover relações comerciais mais equilibradas que envolvam os agentes económicos de ambos os países.

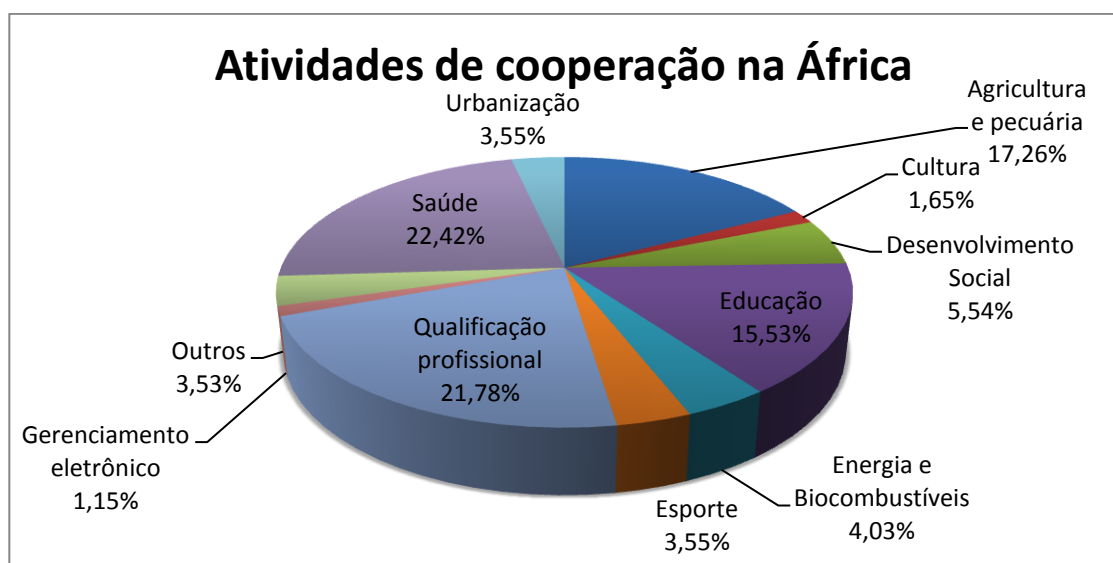
José Eduardo dos Santos, presidente de Angola⁶¹

A política externa brasileira na atualidade, como já explicado, tem dirigido grandes esforços para o continente africano após o interregno dos anos 90, período no qual as relações se basearam em uma seletividade. Diferentemente do comportamento da década e dos governos passados, a diplomacia do governo Lula vem tentando se aproximar e aprofundar relações no continente africano como um todo. No entanto, é possível destacar atores com os quais essas relações são mais intensas, como acontece com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, ou simplesmente PALOP. Os PALOP já vinham sendo objeto de uma aproximação ainda na década de 1990 estando incluídos entre aqueles países selecionados ou prioritários. Entretanto, essa seleção ou preferência implicava em certo descaso ou esquecimento em relação aos demais países da África. Essa situação é distinta no governo Lula, de modo que é reconhecido que há sim entre os PALOP e o Brasil uma identificação mútua em função dos laços históricos e culturais que unem o Atlântico (e um pouco do Índico), mas não se ignora o restante do continente, pelo contrário, nota-se uma constante busca de ampliar o raio de ação da diplomacia brasileira na África.

O atual governo brasileiro tem como ênfase, em matéria de cooperação, uma presença forte nas relações Sul-Sul através de uma cooperação horizontal entre países em desenvolvimento. Essa cooperação tem como peculiaridade o envolvimento não apenas de instituições tradicionais no campo da cooperação, como EMBRAPA, Fiocruz, Farmanguinhos, SENAI E SEBRAE, mas também representantes do setor privado, entidades civis,

⁶¹ SANTOS, José Eduardo dos. Discurso do Presidente de Angola, José Eduardo dos Santos em visita oficial ao Brasil. 24 de junho de 2010.

especialmente as ONGs. Essa cooperação técnica está centrada no fortalecimento institucional dos parceiros do Brasil e, para isso, busca-se promover mudanças estruturais que acelerem o desenvolvimento econômico e social do país ampliando ao máximo sua autonomia. A cooperação do Brasil na África se dá em diversas modalidades de atividades como saúde, qualificação profissional, agricultura e pecuária, educação, desenvolvimento social, energia e biocombustíveis, esporte, urbanização, cultura e gerenciamento eletrônico, como mostra o gráfico abaixo.



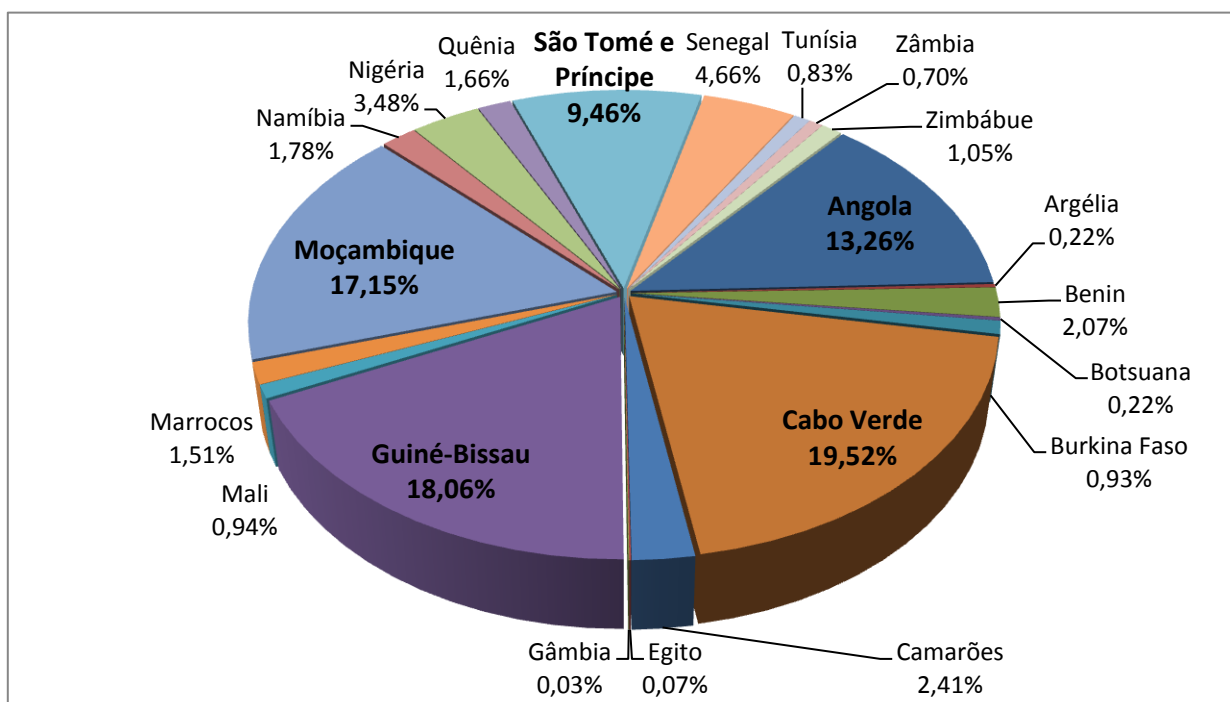
Traduzido do original em inglês⁶²

A cooperação em saúde entre Brasil e África é o tema em que mais se investiu em projetos pelo lado brasileiro e podem ser apontados como motivo a coincidência nos tipos de doenças que afetam as populações africanas e brasileiras. Brasil e à África, guardada as devidas proporções, são locais nos quais uma significativa parcela da população ainda sofre com doenças já controladas nos países desenvolvidos, como a tuberculose, por exemplo. Além disso, nessas duas regiões temos o desenvolvimento de doenças cujos tratamentos não são pesquisados com afincio pelas empresas farmacêuticas, pois teriam um pequeno retorno financeiro, haja vista a pobreza da população atingida por essas doenças. É o caso de doenças tropicais, como a malária. Esse tipo de cooperação entre o Brasil e os PALOP será tratada em profundidade no terceiro capítulo desse trabalho.

⁶² MRE. *South-South Cooperation Activities Carried Out By Brazil*, Secretariado Geral para Cooperação e Promoção Comercial, 2007 p. 58.

A qualificação profissional é o segundo tema em quantidade de investimento. O SENAI tem desenvolvido um trabalho importante nesse sentido, pois, através de parceria entre a ABC e o SENAI, o modelo do Sistema de Formação Profissional brasileiro foi implementado na África de Língua Portuguesa, de maneira que já se encontram em funcionamento centros de formação profissional em Angola, Cabo Verde e Guiné-Bissau e em breve também serão instalados centros em Moçambique e São Tomé e Príncipe. A cooperação na África é mais intensa nos cinco países de língua portuguesa que nos restantes⁶³. O percentual das atividades de cooperação é maior em Cabo Verde, seguido de Guiné-Bissau, Moçambique, Angola e São Tomé e Príncipe.

Atividade de cooperação na África por países



Atualmente, o Brasil oferece à Angola programas de cooperação técnica em agricultura, esportes, educação ambiental, saúde pública, ciência e tecnologia, e combate a incêndios e salvamento, segurança pública, metrologia e certificação, estatística, administração pública e formação de diplomatas. “O projeto de saúde pública é

⁶³ Ibidem. p. 57

particularmente relevante, e tem como objetivo a criação de uma escola de pós-graduação dedicada à saúde, setor que sofre de escassez aguda de recursos humanos.”⁶⁴

Já em relação a Cabo Verde, o Governo brasileiro oferece apoio a diversos setores, como educação, com projeto de Alfabetização Solidária, trabalho, com o Centro de Formação Profissional, direitos humanos e um projeto de dessalinização com o objetivo de dessalinizar água de poços, buscando criar uma alternativa técnica e socialmente diferente para abastecimento de água de Cabo Verde.

Em Guiné Bissau tem sido implementados projetos principalmente nas áreas da saúde, agricultura e formação profissional. O apoio ao fortalecimento do Centro de Promoção do Caju é exemplo de projeto que busca explorar o potencial do país. Guiné-Bissau é grande produtor de caju, porém, tem pouco pessoal preparado e pouca infra-estrutura para poder se beneficiar mais do comércio desse recurso natural, fazendo com que tenha baixo valor agregado no mercado internacional.⁶⁵

De acordo com a ABC, Moçambique é um dos países mais comprometido com a idéia de cooperação prestada pelo Brasil. O tema da saúde é destaque no país com projetos que incluem o tratamento de pacientes com HIV, doação de remédios, capacitação de médicos, a implementação de um sistema logístico para o tratamento da doença e a instalação de uma fábrica de Anti-Retrovirais. Em educação tem se trabalhado com a alfabetização de adultos e educação a distância.

Nós temos muito que aprender com nossos irmãos de língua portuguesa, porque nossas culturas são muito próximas, nossas realidades econômicas também e as dificuldades são muito similares. Então a perspectiva é conseguir trazer a alfabetização de adultos para a realidade do adulto e transformar essa realidade. Nesse sentido aprender o que cada país está fazendo para inteirar a alfabetização com a saúde, com a geração de renda e com uma nova inserção no mundo do trabalho é fundamental.

⁶⁴ ABC – Cooperação Sul-Sul: PALOP, Angola. Disponível em:
<<http://www.abc.gov.br/projetos/cooperacaoPrestadaAfricaPALOP.asp>> Acesso em: 26 out. 2010.

⁶⁵ ABC – Cooperação Sul-Sul: PALOP, Guiné-Bissau. Disponível em:
<<http://www.abc.gov.br/projetos/cooperacaoPrestadaAfricaPALOP.asp>> Acesso em: 26 out. 2010

Jorge Teles, diretor de Políticas de Educação de Jovens e Adultos da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade (Secad)⁶⁶

Em São Tomé e Príncipe já foram e tem sido estabelecidos grandes projetos nas áreas de educação, saúde e esporte. A prevenção ao HIV e projetos em alfabetização aparecem como destaque na cooperação com esse arquipélago.⁶⁷

Nota-se, assim, que de fato no Governo Lula a aproximação com o continente africano foi além da retórica convertendo-se em ações com um grande número de parceiros selecionados, mas sim se percebe uma expansão por praticamente toda a África através de iniciativas de diversas formas, seja através de viagens presidenciais, abertura ou reabertura de embaixadas, seja através de convênios em saúde, educação, esportes, cultura, construção ou ainda pelo fortalecimento do intercâmbio comercial.

⁶⁶ Entrevista à RTP - *Oficina de Cooperação Sul-Sul no Domínio da Educação e Formação de Jovens e Adultos da CPLP*. Maputo, Moçambique. 26 out. 2010

⁶⁷ ABC – Cooperação Sul-Sul: PALOP, São Tomé e Príncipe. Disponível em <<http://www.abc.gov.br/projetos/cooperacaoPrestadaAfricaPALOP.asp>> Acesso em: 26 out. 2010

CAPÍTULO 2

OS SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL E NOS PAÍSES AFRICANOS DE LÍNGUA PORTUGUESA (PALOP)

2.1 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil⁶⁸

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Artigo 198 da Constituição da República Federativa do Brasil⁶⁹

O Brasil apresenta extensão territorial de 8.514.876 km² e uma população estimada em mais de 193 milhões de habitantes, uma densidade demográfica de 23 habitantes por km² e um crescimento anual da população de 0,98% ao ano. 86,12% da população reside em área urbana.⁷⁰ De acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) o Brasil é considerado um país de alto desenvolvimento humano, ocupado o 73º lugar em um ranking com 169 países, apresentando um IDH superior a média mundial, mas inferior a media da América Latina.⁷¹ O Brasil tem uma expectativa de vida ao nascer de 72,9 anos⁷². 6% da população brasileira é subnutrida, 91% dos domicílios brasileiros tem acesso à água potável e 77% à rede sanitária.⁷³

⁶⁸ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília.

⁶⁹ Ibidem.

⁷⁰ IBGE. Países. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/paisesat/main.php>> Acesso em: 5 nov. 2010.

⁷¹ UNDP. Human Development Report 2010. Disponível em <http://hdr.undp.org/en/statistics> Acesso em 5 nov. 2010.

⁷² Idem. Disponível em: <http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/BRA.html> Acesso em: 5 nov. 2010

⁷³ IBGE. Países. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/paisesat/main.php>> Acesso em: 5 nov. 2010

O sistema de saúde brasileiro foi desenvolvido baseado na Constituição Brasileira de 1988, que estabelece a saúde como um direito de todos os cidadãos e uma obrigação do Estado. Nesse sentido, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), baseado nos princípios de acesso universal e igualitário à saúde.⁷⁴

SUS “é o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração direta ou indireta e das Fundações, mantidas pelo poder público e complementarmente pela iniciativa privada.”

(Lei Federal 8.080/90)

O SUS é um “sistema universal, regionalizado e hierarquizado, que integra o conjunto de ações de saúde da União, estados, Distrito Federal e municípios”, de maneira que “cada esfera de gestão possui funções e competências específicas e articuladas entre si”. Ele é um sistema único porque segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o país, sob responsabilidade dos governos federal, estadual e municipal. O SUS é responsável pela promoção, proteção e recuperação da saúde.⁷⁵

O Sistema Único de Saúde é regido por três Princípios Doutrinários⁷⁶:

- Universalidade dos serviços;
- Equidade na assistência à saúde;
- Integralidade da assistência.

E três princípios regem a organização do SUS⁷⁷:

- Regionalização/ Hierarquização;
- Descentralização político-administrativa e comando único em cada esfera;
- Participação popular.

⁷⁴ WHO. *Technical Cooperation Strategy for PAHO/WHO and the Federative Republic of Brazil, 2008-2012*. Brasília, 2007, p. 20.

⁷⁵ Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. *ABC do SUS Doutrinas e Princípios*. Brasília, 1990, p. 4

⁷⁶ Programa Multiplica SUS. *Sistema Único de Saúde – SUS*. 2006

⁷⁷ *Ibidem*

Outra característica do SUS é a possibilidade da complementariedade do setor privado, ou seja, quando houver insuficiência do setor público serviços privados podem ser contratados de instituições que estejam de acordo com os princípios do SUS, “como se o serviço privado fosse público, uma vez que [...] atua em nome deste”.⁷⁸

Em relação à gestão do sistema nos municípios ela fica a cargo das secretarias municipais de saúde ou prefeituras, que devem programar, executar e avaliar as ações, devendo ser o município o primeiro e maior responsável pelas ações de saúde para a sua população, pois, justamente por ser estar mais próximo dessa população é o município que pode fazer uma avaliação dos problemas locais.⁷⁹

No nível estadual, a gerência do sistema fica a cargo das secretarias estaduais de saúde, que tem a responsabilidade de coordenar as ações de saúde do seu estado através de um plano diretor que leve em consideração as necessidades apontadas por cada município, sendo o Estado aquele que deve realizar as ações que os municípios não puderem fazer e corrigir distorções.

O Ministério da Saúde, gestor no nível federal, deve liderar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo o responsável pela formulação, coordenação e controle da política nacional de saúde e levando em consideração as necessidades de todas as regiões do país.⁸⁰

O financiamento do SUS é feito com recursos das três esferas de governo. Os recursos federais do SUS vêm do orçamento da Seguridade Social e de outros recursos da União aprovados pelo Congresso Nacional. Uma parte desses recursos é para investimento e custeio das ações federais e a outra é repassada às secretarias de saúde estaduais e municipais somando-se aos recursos do próprio governo estadual. Já esses recursos também são divididos, uma parte fica para os serviços estaduais e outra é repassada aos municípios, que devem geri-los de acordo com suas necessidades. O cidadão tem o direito de participar das decisões relacionadas ao SUS através de entidades representativas e em conferências periódicas

⁷⁸ Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. *ABC do SUS Doutrinas e Princípios*. Brasília, 1990, p. 6

⁷⁹ *Ibidem*, p. 6

⁸⁰ *Ibidem*, p. 6

chamadas para definir prioridades e linhas de ação em saúde.⁸¹ Assim, o cidadão também pode fiscalizar a aplicação desses recursos e indicar demandas em saúde.

.O SUS tem apresentado um relativo sucesso. Parte disso se deve à continuidade do sistema desde sua criação. O SUS e seus princípios e diretrizes tem resistido a trocas de governo nacionais, estaduais e municipais sem perder suas características originais e vem sendo paulatinamente construído. Podem ser apontadas descontinuidades em relação a programas específicos, o que dificulta avanços no SUS, mas não uma descontinuidade em sua essência e em seus princípios fundamentais.

2.2 OS SISTEMAS DE SAÚDE DOS PALOP

Os sistemas de saúde dos PALOP sofrem de uma carência, de forma geral, de profissionais de saúde. Faltam profissionais, principalmente no interior dos países, mas mesmo nos grandes centros o número de profissionais é insuficiente. Já no Brasil, o problema não é a falta de profissionais, mas sim a distribuição geográfica desses profissionais no país, que se concentram nas capitais dos Estados. A situação pode parecer semelhante, mas não é igual. No Brasil o problema é puramente distributivo, não quantitativo, já nos PALOP o problema é distributivo e quantitativo. Abaixo uma comparação entre as densidades de profissionais nos PALOP e no continente africano como um todo.⁸²

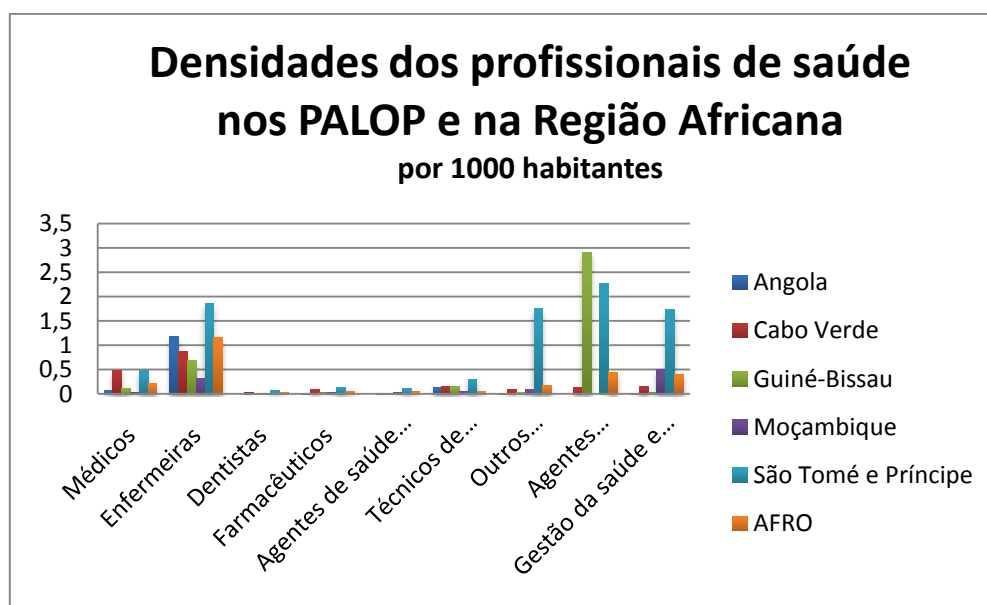
	Densidade por 1000					
	Angola	Cabo Verde	Guiné-Bissau	Moçambique	São Tomé e Príncipe	AFRO
Médicos	0,077	0,488	0,122	0,027	0,491	0,217
Enfermeiras	1,19	0,867	0,697	0,322	1,867	1,172
Dentistas	0	0,023	0,014	0,008	0,067	0,035
Farmacêuticos	0,002	0,091	0,026	0,032	0,145	0,063
Agentes de saúde pública e ambiental	n.a.	0,019	0,008	0,029	0,115	0,049
Técnicos de laboratório	0,144	0,165	0,150	0,049	0,309	0,057
Outros trabalhadores de saúde	0,02	0,089	0,040	0,085	1,764	0,173
Agentes comunitários de saúde	n.a.	0,137	2,917	n.a.	2,267	0,449
Gestão da saúde e apoio	0,018	0,156	0,025	0,496	1,745	0,411
Total	1,452	2,036	3,999	1,049	8,770	2,626

FONTE: OMS (2006)

⁸¹ Ibidem, p. 8

⁸² Compilação das Estratégias de Cooperação da OMS com cada país.

Uma análise da tabela mostra que, com exceção de Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe, todos os PALOP apresentam densidade de profissionais de saúde inferior a média africana. Guiné-Bissau apresenta uma densidade superior à média africana, mas isso se deve essencialmente ao grande número de agentes comunitários de saúde do país, não a uma grande quantidade de profissionais de todas as áreas da saúde. Já São Tomé e Príncipe apresenta uma maior densidade de profissionais em todas as áreas da saúde ficando muito acima da média africana.



FONTE: OMS (2006)

De fato, os dados apresentados pelo United Nations Development Programme indicam que, entre os países analisados, no que tange à saúde, Brasil apresenta o melhor índice, seguido de Cabo Verde e São Tomé e Príncipe (os dois únicos PALOP considerados países de desenvolvimento médio). Cabo Verde, apesar de apresentar menor densidade de profissionais de saúde tem conseguido melhores resultados nessa área que São Tomé e Príncipe.

A OMS aponta que para se indicar se um país possui recursos humanos em saúde suficientes se devem levar em consideração as necessidades desse país, ou seja, qual seria o número de profissionais de saúde necessários para possibilitar a população o acesso a serviços básicos de saúde. Assim, estima-se que países com menos de 2,5 profissionais de saúde

(incluindo-se apenas médicos enfermeiros e parteiras) por 1000 habitantes não conseguem chegar a um percentual de 80% de mulheres atendidas no parto por pessoal qualificado ou à cobertura de imunização contra o sarampo. Dessa forma, se estima que atualmente 57 países enfrentem graves carências em recursos humanos em saúde, entre os quais estão Angola, Guiné-Bissau e Moçambique.⁸³

Ainda trabalhando com a idéia de densidade de profissionais, é necessário levar em conta quando se comparam os dados de Brasil e PALOP que a chamada Medicina Tradicional é prática permitida e, em alguns países regulamentada, nos PALOP. Já no Brasil, o exercício da Medicina Tradicional é considerado crime.

2.2.1 REPÚBLICA DE ANGOLA

O Estado promove e garante as medidas necessárias para assegurar a todos o direito à assistência médica e sanitária, bem como o direito à assistência na infância, na maternidade, na invalidez, na deficiência, na velhice e em qualquer situação de incapacidade para o trabalho, nos termos da lei.

Artigo 77 da Constituição da República de Angola⁸⁴

Angola é um país situado a sudoeste do continente africano. Em seus 1.246.700 km² habitam cerca de 16,5 milhões de pessoas, sendo que essa população cresce a taxa de cerca de 3,1% ao ano. Angola está dividida em 18 Províncias, 164 Municípios e 532 Comunas. O país tem uma população jovem (quase 50% dos angolanos tem 15 anos ou menos e 93% da população tem menos de 50 anos) sendo que uma expressiva parte dessa população é urbana (53%).

A pobreza é um problema que afeta bastante o país, que tem 61% da sua população vivendo abaixo da linha de pobreza, dos quais 26% em pobreza extrema. De acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) o país figura em 146º lugar em um ranking de 169 países⁸⁵, sendo assim considerado um país de baixo desenvolvimento humano. A expectativa de vida é baixa, cerca de 46%, a taxa de mortalidade infantil é de 150 por mil nascimentos vivos, já a mortalidade infanto-juvenil é de 250 óbitos por mil nascimentos vivos e a taxa de

⁸³ OMS. *Working together for health - The World Health Report 2006*. Geneva: WHO Press, 2006, p. 11-12.

⁸⁴ Assembleia Constituinte. *Constituição da República de Angola*. Luanda, 2010.

⁸⁵ UNDP. *Human Development Report 2011*. New York: Palgrave Macmillan, 2010.

fecundidade é de 7,2 filhos por mulher⁸⁶. Uma pequena parcela da população tem acesso a saneamento, apenas 31%. O governo é o principal financiador dos cuidados de saúde através do Orçamento Geral do Estado.

A economia angolana tem apresentado nos últimos anos altos níveis de crescimento, sendo que o petróleo representa 55% do PIB e 95% das exportações⁸⁷. O país tem passado por um período de estabilidade macroeconômica que se reflete na estabilidade da moeda nacional. O setor não petrolífero está sendo reorganizado e apresenta potencialidades de absorver considerável parte da população economicamente ativa. O setor rural é o segundo maior setor produtivo do país, apesar da existência de minas que constituem ainda um obstáculo para o desenvolvimento do meio rural.⁸⁸

Qualquer tipo de análise feita sobre Angola deve levar em consideração o fato de esse ser um país que sofreu por mais de 25 anos os efeitos de uma severa Guerra Civil, que destruiu sua infraestrutura e marcou seu povo. O fim da Guerra Civil de Angola ocorreu recentemente, no ano de 2002, de maneira que o país está ainda em um momento de reestruturação e reconstrução e isso afeta todos os setores entre os quais o sistema de saúde angolano, o qual será caracterizado a seguir.

O sistema de prestação de cuidados de saúde de Angola está dividido em três níveis hierárquicos, baseados na estratégia dos cuidados primários de saúde:

- O primeiro nível (cuidados primários de saúde) é representado pelos postos, centros de saúde, hospitais municipais, postos de enfermagem e consultórios médicos e constitui o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde.
- O nível secundário ou intermediário é representado pelos hospitais gerais, é o nível de referência para as unidades do primeiro nível.

⁸⁶ Ministério do Planeamento da República de Angola: *Estratégia de Combate à Pobreza*, Luanda, 2003.

⁸⁷ Ministério do Planeamento/PNUD Angola. *Objectivos do desenvolvimento do Milénio*. Luanda, 2005.

⁸⁸ República de Angola. *Política Nacional de Saúde 5º esboço*. Luanda, 2009

- O nível terciário é representado pelos hospitais de referência mono ou polivalentes diferenciados e especializados. É o nível de referência para as unidades sanitárias do nível secundário.

A prestação de cuidados de saúde é feita pelos setores público, privado e a medicina tradicional, sendo que a Constituição angolana diz em seu artigo 21º que é uma tarefa fundamental do Estado angolano “Promover políticas que permitam tornar universais e gratuitos os cuidados primários de saúde”⁸⁹.

De 2001 a 2006, as despesas da saúde variaram de 2,78% a 3,40 % do PIB, percentagem que é muito baixa. No mesmo período, as despesas de saúde representaram em média 4,54 % das despesas totais públicas. As despesas totais de saúde per capita estimam-se em 28,8 USD por ano (2005). O sistema de saúde angolano tem enfrentando dificuldade em função de diversos fatores, “principalmente por causa da desestruturação do sistema de saúde e da redução da cobertura sanitária decorrente do longo conflito que o país viveu”. “A rede de prestação de cuidados de saúde do SNS é constituída por 1.721 unidades sanitárias das quais 8 hospitais nacionais (centrais), 32 hospitais provinciais (gerais), 228 hospitais municipais e centros de saúde e 1453 postos de saúde”. O acesso aos serviços de saúde é bem limitado, entre 30% e 40% da população, sendo que esses serviços são prestados pelos setores público, privado, mas também pela chamada medicina tradicional.

Setor público - é o principal prestador dos cuidados de saúde e é composto pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelos serviços de saúde das Forças Armadas Angolanas e do Ministério do Interior e pelas empresas públicas.

Setor privado – está restrito aos principais centros urbanos, não sofre controle ou regulação de preços, oferece, por vezes, um serviço de baixa qualidade. Por outro lado, a baixa fiscalização não é capaz de coibir um setor privado informal em condições inaceitáveis oferecido por pessoal sem qualificação. Ainda dentro do setor privado temos aqueles serviços oferecidos por entidades religiosas e ONGs, que são mais voltados às camadas mais vulneráveis do país.

⁸⁹ Assembleia Constituinte. *Constituição da República de Angola*. Luanda, 2010

Setor da medicina tradicional – não possui regulação e fiscalização nem de seus profissionais nem dos medicamentos utilizados, que geralmente são encontrados em mercados informais e nas ervanárias. No que tange aos profissionais se pode dizer que grande parte dos terapeutas tradicionais não tem formação adequada. Já sobre os medicamentos não há controle de qualidade, não se conhecem seus princípios ativos, suas concentrações ou o modo como atuam, além de se encontrarem em locais com condições inadequadas de conservação. Por vezes são segredos de famílias que são passados de geração em geração, o que dificulta sua investigação e pesquisa.

Actualmente o sector de saúde conta com 67.078 trabalhadores⁹⁰, sendo 35,8% do regime geral da função pública, 50,3% do regime de carreiras de saúde e 13,9% admitidos ao abrigo dos acordos de paz.

Os trabalhadores do regime de carreiras da saúde contabilizam 1.527 médicos, 27.465 profissionais de enfermagem (enfermeiros licenciados, técnicos e auxiliares de enfermagem), e 4.787 técnicos de diagnóstico e terapêutica. Dos 1.527 médicos, 1.001 são nacionais (65%) e 526 estrangeiros (35%). Os acordos de Paz levaram à admissão de 9.282 trabalhadores em final de 2006.⁹¹

Os dados apresentados pela OMS diferem daqueles apresentados pelo governo de Angola. Para a OMS Angola possuía em 23,370 profissionais de saúde, nos quais a maioria eram da área da Enfermagem.

Número de profissionais da saúde em Angola (2004)	
Médicos	1.165
Enfermeiras	18.485
Dentistas	222
Farmacêuticos	919
Agentes de saúde pública e ambiental	n.a.
Técnicos de laboratório	2.029
Outros trabalhadores de saúde	294
Agentes comunitários de saúde	n.a.
Gestão da saúde e apoio	256
Total	23370

FONTE: OMS (2006)

⁹⁰ Direcção Nacional dos Recursos Humanos do MINSA: Relatório de Actividades de 2006, Luanda 2007

⁹¹ República de Angola. *Política Nacional de Saúde 5º esboço*. Luanda, 2009, p. 17

Para a OMS, Angola tem uma menor densidade de profissionais de saúde do que o conjunto do continente africano. Entretanto, o país não está na lista dos 49 países prioritários em relação ao número de médicos, enfermeiras e parteiras. São aqueles países cuja densidade desses profissionais está abaixo de 23 por 10000 pessoas.

2.2.2 REPÚBLICA DE CABO VERDE

Todos têm direito à saúde e o dever de a defender e promover, independentemente da sua condição económica.

Artigo 70º da Constituição da República de Cabo Verde⁹²

Cabo Verde está localizado no oceano Atlântico a aproximadamente 455 km da costa oeste da África. É um arquipélago de origem vulcânica formado por dez ilhas e oito ilhéus com uma área total de 4.033km² onde vivem 519.000 pessoas⁹³. O país tem uma população predominantemente jovem, 60% tem menos de 25 anos, com as mulheres representado 51,6%. A taxa de crescimento da população é de 1,65%, dado de 2007, a expectativa de vida é de 72 anos para homens e 76 para mulheres. O gasto em saúde foi de 5,6% do PIB cabo verdiano no ano de 2006⁹⁴.

Cabo Verde alcançou a independência no ano de 1975 e, diferentemente de outros vizinhos africanos, desde então, manteve uma relativa estabilidade política, econômica e social e vem alcançando melhorias em relação ao crescimento econômico, saúde, educação, expectativa de vida e consolidação da democracia. O Relatório de Desenvolvimento Humano aponta que Cabo Verde é um país de desenvolvimento humano médio e o país se posiciona em 118º lugar em uma lista de 169 países.

No que tange à política nacional de saúde o Ministério da Saúde de Cabo Verde esclarece:

A política de saúde obedecerá aos princípios por que se rege o Serviço Nacional de Saúde, designadamente a Universalidade de acesso aos serviços em todos os níveis de assistência sanitária; a Solidariedade de todos na garantia do direito à saúde e na contribuição para o financiamento dos cuidados de saúde; a Defesa da Equidade na

⁹² Governo de Cabo Verde. Constituição da República de Cabo Verde.

⁹³ Organização Mundial da Saúde. Cabo Verde dados estatísticos. 2006.

⁹⁴ Organização Mundial da Saúde. Stratégie de Coopération, un aperçu, Cap Vert.2009.

distribuição dos recursos e na utilização dos serviços; a Salvaguarda da dignidade humana e a preservação da integridade física e moral dos utentes e prestadores; a Salvaguarda da ética e deontologia profissionais na prestação de serviços.⁹⁵

O sistema de saúde cabo verdiano é regido pela lei número 41/VI/2004, que dá as bases do Serviço Nacional de Saúde⁹⁶. Fazem parte do Serviço Nacional de Saúde (SNS) todos os “estabelecimentos de natureza pública dependentes do departamento governamental responsável pela área da Saúde, a quem compete assegurar os cuidados de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação respeitantes à saúde”. São eles:

- Hospitais Centrais
- Hospitais Regionais
- Delegacias de Saúde (e Centros de Saúde, Postos Sanitários e Unidades Sanitárias de Base)
- Outras estruturas públicas que intervêm no domínio da saúde

As ações e serviços do SNS se dão baseados nos seguintes princípios:

- a) A universalidade de acesso aos serviços em todos os níveis de assistência sanitária;
- b) A solidariedade de todos os cabo-verdianos na garantia do direito à saúde e na contribuição para o financiamento dos cuidados de saúde, de acordo com o rendimento individual;
- c) A defesa da equidade na distribuição dos recursos e na utilização dos serviços;
- d) A salvaguarda da dignidade humana e a preservação da integridade física e moral dos utentes e prestadores;
- e) A liberdade de escolha de estabelecimento sanitário e de nível de prestação de cuidados de saúde, com as limitações decorrentes dos recursos existentes e da organização dos serviços;
- f) A salvaguarda da ética e deontologia profissionais na prestação dos serviços de saúde;
- g) A participação dos utentes no acompanhamento da actividade dos serviços de saúde;
- h) A natureza multi-sectorial das intervenções no domínio da saúde com atenção especial à luta contra a pobreza, em geral, e às condições

⁹⁵ Governo da República de Cabo Verde – Ministério da Saúde. *Missão do Ministério da Saúde*. Disponível em: <http://www.minsaude.gov.cv/index.php?option=com_content&task=view&id=54&Itemid=86> Acesso em: 3 nov. 2010.

⁹⁶ Assembleia Nacional de Cabo Verde. Lei n° 41/VI/2004.

de abastecimento de água, saneamento básico, habitação, educação e nutrição das populações, em particular.⁹⁷

Já o financiamento das atividades de saúde desenvolvidas no SNS é garantido pelo Orçamento do Estado, pelos usuários, pelas entidades gestoras do seguro doenças e outros seguros. O Estado deve financiar a administração do Setor Público de Saúde e a prestação de cuidados a doentes vulneráveis e grupos especiais estabelecidos por lei. O SNS funciona através da complementaridade dos setores privado e social com o setor público visando garantir as atividades de saúde. O Setor Público de Saúde pode recorrer aos serviços da iniciativa privada quando suas disponibilidades forem insuficientes em uma determinada área.

Cabo Verde é um dos países com melhores indicadores de saúde da região. Ainda assim, a OMS mostra que, em comparação com o continente africano, o país possui um menor número de profissionais da saúde. Entretanto, o país não está na lista dos 49 países prioritários em relação ao número de médicos, enfermeiras e parteiras. Abaixo, pode ser visto o número de profissionais da saúde no país:

Número de profissionais da saúde em Cabo Verde (2006)⁹⁸	
Médicos	231
Enfermeiras e parteiras	410
Dentistas e técnicos	11
Farmacêuticos e técnicos	43
Agentes de saúde pública e ambiental	9
Técnicos de laboratório	78
Outros trabalhadores de saúde	42
Agentes comunitários de saúde	65
Gestão da saúde e apoio	74
Total	963

FONTE: OMS (2006)

⁹⁷ Assembleia Nacional de Cabo Verde. Lei nº 41/VI/2004. Directrizes e princípios

⁹⁸ Organização Mundial da Saúde. Cabo Verde dados estatísticos. 2006

2.1.3 REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU

A saúde pública tem por objectivo promover o bem-estar físico e mental das populações e a sua equilibrada inserção no meio sócio-ecológico em que vivem. Ela deve orientar-se para a prevenção e visar a socialização progressiva da medicina e dos sectores médico-medicamentosos.

Artigo 15 da Constituição da República de Guiné-Bissau⁹⁹

Guiné-Bissau se localiza na costa ocidental da África e tem território de 36.125 km² dos quais somente 27.700 constituem superfície emersa, em função do país estar relativamente ao nível do mar, o que faz com que algumas áreas fiquem parcial ou totalmente inacessíveis durante parte do ano.¹⁰⁰ No país vivem aproximadamente 1,6 milhões de pessoal e a taxa de crescimento da população é de 2,6. A população é de maioria rural, 69%, mas há um forte movimento de êxodo rural em direção aos centros urbanos. A Guiné-Bissau é apontada pelo Relatório de Desenvolvimento Humano como um dos 10 países mais pobres do mundo, estando em 164º lugar em uma lista de 169 países, logo, é um país de baixo desenvolvimento humano¹⁰¹. O país está dividido em 8 regiões, 36 setores e o Setor Autônomo de Bissau, sua capital.¹⁰²

Guiné-Bissau apresenta uma baixa expectativa de vida, 45 para homens e 48 para mulheres, e uma alta taxa de mortalidade em crianças com até 5 anos estimando-se que em um grupo de mil bebês 203 morrerão antes de completar 5 anos de idade. Esse número é superior à média africana, que fica em 160 mortes, mas tem caído desde o início da década de 1980, quando era de 290 mortes. As principais causas apontadas para esse alto índice são, em ordem decrescente, causas neonatais, pneumonia, malária, diarreia, outras doenças, sarampo, HIV/AIDS e agressões.

⁹⁹ Governo de Guiné-Bissau. *Constituição da República de Guiné-Bissau*.

¹⁰⁰ Instituto Nacional de Estatística de Guiné-Bissau. *Quadro físico*. Disponível em: <http://www.stat-guinebissau.com/pais/index_quadro_fisico.htm> Acesso: 03 nov. 2010.

¹⁰¹ UNDP. *Human Development Report 2010 - Country Profiles*. Disponível em: <<http://hdr.undp.org/en/statistics>>

¹⁰² Organização Mundial da Saúde. *Stratégie de Coopération, un aperçu, Guinée-Bissau.2009*

O estudante guineense de Enfermagem, Alberto Oliveira Lopes, demonstra as dificuldades de se tratar desse tema: “Falar da situação da saúde pública na Guiné-Bissau é muito difícil, pois não tem por onde começar e nem por onde terminar, dada a gravidade de problemas que envolvem este sector”.¹⁰³ Guiné-Bissau é um país devastado pela guerra civil e vítima de instabilidade social e política que têm influenciado negativamente qualquer tipo de melhoria no país, incluindo melhorias na saúde pública.

O Sistema Nacional de Saúde é organizado de maneira piramidal, em três níveis: Central, Regional e Local. Centralmente é o Hospital Nacional Simão Mendes o encarregado de elaborar a política e estratégia nacional de saúde. Já regionalmente as Direções Regionais de Saúde Pública são responsáveis por traduzir a política nacional e estratégia operacional tendo como estrutura sanitária de referência o Hospital Regional. Localmente há as Unidades de Saúde de Base, que correspondem ao Centro de Saúde. O sistema conta no nível central com um Hospital Nacional, quatro hospitais de referência. Já no nível regional há 14 Hospitais Regionais e no nível local 114 Centros de Saúde e 19 Postos de Saúde.¹⁰⁴

O financiamento da saúde depende de duas fontes principais: interna e externa. A primeira está relacionada com os fundos provenientes do: Orçamento Geral do Estado (OGE); Seguro de Doença, Iniciativa de Bamako (IB), e Mutualidade de Saúde, embora os dois últimos não estejam bem documentados. O Estado não tem conseguido honrar os compromissos em função de dificuldades financeiras, de maneira que o Ministério da Saúde Pública depende da disponibilidade de recursos, não das necessidades definidas pelos programas e pelas prioridades de saúde. A segunda fonte são os diferentes parceiros de cooperação.¹⁰⁵

Em relação aos profissionais de saúde do país, Guiné-Bissau possui um número maior que a média africana muito em função do grande número de agentes comunitários de saúde.

¹⁰³ LOPES, Alberto Oliveira. *Triste Realidade da Saúde Pública Guineense*. 2009

¹⁰⁴ República de Guiné-Bissau. *Plano de Gestão de Resíduos Biomédicos*, p. 13-14

¹⁰⁵ OMS Escritório Regional Africano. *Estratégia de Cooperação da OMS com os Países 2009-2013 Guiné-Bissau*, 2009, p. 4

Número de profissionais da saúde em Guiné-Bissau (2002)¹⁰⁶	
Médicos	188
Enfermeiras e parteiras	1072
Dentistas e técnicos	22
Farmacêuticos e técnicos	40
Agentes de saúde pública e ambiental	13
Técnicos de laboratório	230
Outros trabalhadores de saúde	61
Agentes comunitários de saúde	4486
Gestão da saúde e apoio	38
Total	6150

FONTE: OMS (2006)

O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário tem por objetivo consolidar os tratamentos de saúde primários com um pacote mínimo de atividades, melhorar e aproximar o acesso aos serviços à população, descentralizar gradualmente a saúde do país e assim oferecer serviços de saúde que sejam acessíveis a todos, distribuir equilibradamente os Recursos Humanos em saúde e promover a saúde.

2.1.4 REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

Todos os cidadãos têm o direito à assistência médica e sanitária, nos termos da lei, bem como o dever de promover e defender a saúde pública.

Artigo 89 da Constituição da República de Moçambique¹⁰⁷

O Estado promove a extensão da assistência médica e sanitária e a igualdade de acesso de todos os cidadãos ao gozo deste direito.

Artigo 116 da Constituição da República de Moçambique¹⁰⁸

O último censo de Moçambique, 2007, aponta que o país tem 20,5 milhões de habitantes, sendo que as mulheres representam pouco mais de 51,5% da população.¹⁰⁹ Além

¹⁰⁶ Organização Mundial da Saúde. Country Health System Fact Sheet 2006 Guinea-Bissau. 2006.

¹⁰⁷ Constituição da República de Moçambique, 2004.

¹⁰⁸ Ibidem

do português, a língua oficial, são reconhecidas pelo governo como línguas nacionais outras 20¹¹⁰ línguas, entretanto, dependendo da classificação lingüística que se use, pode-se se dizer que Moçambique conta com mais de 40 outras línguas de origem bantu. A taxa de analfabetismo é alta, 60%, e atinge principalmente o interior do país e as mulheres – 70% das mulheres e 39% dos homens são analfabetos. Cerca de 70% da população vive em áreas rurais¹¹¹ e mais de 80% encontra no setor primário sua principal atividade (agricultura, pesca).¹¹²

Após 16 anos de guerra civil, Moçambique finalmente se pacificou em 1992 com o Acordo Geral, assinando por Joaquim Chissano, então presidente do país, representando a FRELIMO, e por Afonso Dhlakama, presidente da RENAMO. A guerra fragilizou o país em todas as áreas, de maneira que ele é apontado como um dos mais pobres do mundo. Entretanto, o país tem apresentado progressos nos últimos anos, como aponta o Relatório de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, ainda que o país siga figurando na lista de países com baixo desenvolvimento humano entre os 10 mais pobres do mundo, em 165º lugar entre 169 países.¹¹³

Como não poderia deixar de ser, o estado de pobreza do país afeta diretamente a saúde. A Estratégia Nacional para o Sector da Saúde tem como objetivo garantir acesso universal à saúde¹¹⁴, porém, o país não possui um sistema de saúde capaz de responder adequadamente às demandas da população, além de cobrir apenas 60% dessa população. O sistema de saúde de Moçambique é composto pelo setor público, privado e privado sem fins lucrativos, sendo que o setor público é o principal financiador do sistema. Existem planos de programas de sistemas de saúde integrados que tem atingido relativo sucesso no combate de doenças como a malária, mas faltam investimentos em recursos humanos e infraestrutura.¹¹⁵

¹⁰⁹ Governo de Moçambique. Informação Geral sobre Moçambique. Disponível em: <<http://www.portaldogoverno.gov.mz/Mozambique>> Acesso em: 04 out. 2010.

¹¹⁰ Ibidem

¹¹¹ UNDP, 2008. Human Development Report 2007/2008. New York.

¹¹² INE - Instituto Nacional de Estatística, 2004. Final Report on the Family Budget Survey, 2002/03 Disponível em; <<http://www.ine.gov.mz>> Acesso em: 04 out. 2010.

¹¹³ UNDP. *Human Development Report 2010 - Country Profiles*. Disponível em: <<http://hdr.undp.org/en/statistics>>.

¹¹⁴ WHO. *WHO Country Cooperation Strategy 2009-2013 Mozambique*. WHO Regional Office for Africa, 2009

¹¹⁵ WHO. *Country Cooperation Strategy at a glance Mozambique*. 2009.

O setor público dispõe de 1277 unidades de saúde organizadas em 4 níveis com um total de 15.877 leitos e aproximadamente 26.000 profissionais da saúde (dados de 2006). O Nível I oferece cuidados primários através de 1224 unidades de saúde (centros rurais e urbanos de saúde e postos de saúde), representando 96% das unidades de saúde. O nível II inclui hospitais rurais distritais, no total de 41, que devem poder fornecer atendimento de emergência e ter capacidade de realizar pequenas cirurgias. O nível III conta com 7 hospitais provinciais que tratam casos mais especializados e o nível 4 conta com 5 hospitais centrais.¹¹⁶

O setor privado está se desenvolvendo principalmente nas grandes cidades e atende essencialmente a população urbana. Já o setor privado sem fins lucrativos é composto por ONGs e entidades religiosas e oferece, em acordo com o Ministério da Saúde (MISAU), programas de saúde comunitária de prevenção, controle de doenças, educação em saúde em diversos pontos do país. No ano de 2005 havia 145 ONGs atuando em Moçambique.¹¹⁷ Destaca-se ainda o papel da medicina tradicional em Moçambique.

Os dados do Country Health System Fact Sheet 2006 relativos à quantidade de profissionais de saúde atuando em Moçambique diferem um pouco dos dados do Country Cooperation Strategy at a glance Mozambique, ambos da Organização Mundial da Saúde, em função de se referirem a anos distintos. O primeiro material é mais recente, mas trás apenas o número total de profissionais, já o segundo é mais detalhado apresentando o tipo de profissional por área.

Número de profissionais da saúde em Moçambique (2002)¹¹⁸	
Médicos	514
Enfermeiras e parteiras	6183
Dentistas e técnicos	159
Farmacêuticos e técnicos	618
Agentes de saúde pública e ambiental	564
Técnicos de laboratório	941
Outros trabalhadores de saúde	1633
Agentes comunitários de saúde	n.a.
Gestão da saúde e apoio	9517
Total	20129

FONTE: OMS (2006)

¹¹⁶ Ibidem, p. 3

¹¹⁷ Ibidem, p. 3

¹¹⁸ Organização Mundial da Saúde. *Country Health System Fact Sheet 2006 Mozambique*. 2006

A densidade de profissionais em Moçambique é maior, em relação ao continente africano, apenas no número de médicos. No restante, o número de profissionais de saúde é inferior se comparado com o continente africano. De acordo com o Country Cooperation Strategy at a glance Mozambique, o país tem uma das densidades mais baixas da África em função do baixo número de pessoal habilitado e das rápidas mudanças das necessidades em saúde do país. A baixa remuneração, projeção limitada da carreira, alta carga de trabalho e o ambiente de trabalho difícil também são apontados como razão de uma baixa motivação a se ingressar no mercado profissional da saúde. Para enfrentar essa situação, o governo através do MISAU vem investindo na educação em saúde através de projetos nacionais e da cooperação internacional multi e bilateral.

2.1.5 REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DE SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

O Sistema Nacional de Saúde tem por finalidade garantir a saúde da população santomense, através da formulação e execução de políticas económicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos e do estabelecimento de condições que assegurem um acesso universal e equânime às acções e serviços de promoção, protecção, recuperação e manutenção da saúde (curativos e reabilitativos), tendo em atenção os factores determinantes e condicionantes desse estado e bem-estar.

Visão a longo prazo do desenvolvimento nacional de saúde

Composto por duas ilhas de origem vulcânica, Ilha de São Tomé e Ilha do Príncipe, e por ilhéus, São Tomé e Príncipe é o menor país de língua portuguesa em extensão, tem uma área de apenas 1001km² ocupada por 151.912 habitantes concentrados principalmente na Ilha de São Tomé, e taxa de crescimento da população de 1,94%.¹¹⁹

A Política Nacional de Saúde é baseada em quatro princípios orientadores¹²⁰:

- Universalidade da cobertura em todos os níveis de atenção;
- Equidade no acesso e na utilização de cuidados de saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

¹¹⁹ OMS. *Estratégia de Cooperação Resumo São Tomé e Príncipe*. 2009

¹²⁰ Ministério da Saúde da República Democrática de São Tomé e Príncipe. *Política Nacional de Transfusão de Sangue*. 2006, p. 7

- Integralidade na prestação, entendida como conjunto articulado de ações e serviços promocionais, preventivos e curativos, individuais, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- Otimização dos recursos afetados a cada nível de intervenção.

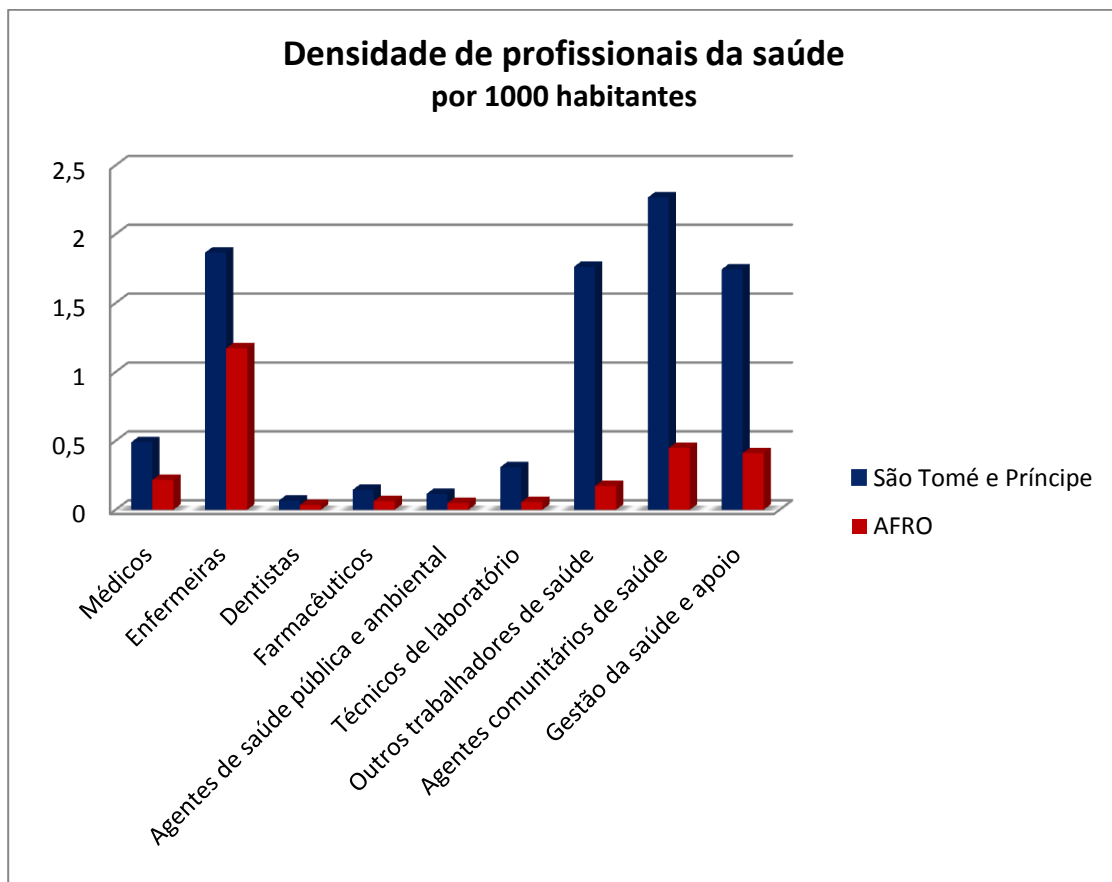
O sistema de saúde são-tomense está organizado em dois níveis, central e distrital. O nível distrital é a unidade funcional fundamental, sendo que cada distrito apresenta centro de saúde, posto de saúde dirigido por enfermeiro, posto comunitário de saúde, dirigido por um agente de saúde comunitária, local em que se cuida dos primeiros socorros e da promoção da saúde. Na tabela abaixo pode ser visto o número de profissionais da saúde em São Tomé e Príncipe:

Número de profissionais da saúde em São Tomé e Príncipe (2002) ¹²¹	
Médicos	81
Enfermeiras e parteiras	308
Dentistas e técnicos	11
Farmacêuticos e técnicos	24
Agentes de saúde pública e ambiental	19
Técnicos de laboratório	51
Outros trabalhadores de saúde	291
Agentes comunitários de saúde	374
Gestão da saúde e apoio	288
Total	1447

FONTE: OMS (2006)

É um número bem elevado se comparado a realidade do continente africano, como pode ser verificado no próximo gráfico. No entanto, há uma desigualdade na distribuição dos recursos humanos, que se concentram nas maiores cidades, principalmente em São Tomé. Aproximadamente 70% da população tem uma unidade sanitária localizada a menos de uma hora, no entanto, há dificuldades de acesso nas zonas mais distantes da capital, São Tomé.

¹²¹ WHO. *Country Health System Fact Sheet 2006 São Tomé and Príncipe*. 2006



FONTE: OMS (2006)

Procurou-se nesse capítulo analisar as principais características dos sistemas de saúde do Brasil e dos PALOP. Nota-se que o Brasil dispõe de um sistema nacional de saúde com diretrizes e princípios estabelecidos, uma realidade diferente a da maioria dos PALOP. Nos próximos capítulos serão abordados os principais problemas de saúde enfrentados pelos PALOP e será feita uma análise sobre as perspectivas e sobre as potencialidades da cooperação técnica em saúde envolvendo esses países.

3. COOPERAÇÃO EM SAÚDE ENTRE BRASIL E PALOP

3.1 Principais problemas de saúde que afetam os PALOP

Epidemias, como as que ocorrem em diversos países africanos, entre os quais os PALOP, têm um grande custo econômico para um país. As doenças interagem com produção de bens e serviços assim como com o crescimento econômico. “A abordagem ortodoxa estima o custo de uma doença como o produto da prevalência vezes o *custo por doença* (incluindo tratamento e perda de receita), baseado na gravidade da doença”.¹²² Folland, Goodman e Stano, no livro *The Economics of Health and Health Care*, dizem que se pode analisar uma doença como um imposto, porque ela causa uma perda de utilidade e leva a esforços para evitar a doença, esforços esses que têm custos, de maneira que esses custos para se evitar uma doença devem ser incluídos no cálculo do “custo da doença”. Os autores ainda ilustram a relação que uma epidemia tem com a pobreza, com o crescimento do PIB e com a renda per capita com o exemplo da epidemia de AIDS na África ao afirmar que “os países com as mais baixas rendas per capita têm maiores prevalências de infecção do HIV”.¹²³ Assim, “não há dúvidas que uma epidemia pode retardar o crescimento do PIB de um país [...] sendo evidente que a maciça perda de recursos produtivos reduz a renda total”.¹²⁴

Reforçando a idéia de que a saúde está diretamente ligada ao desenvolvimento de um país, o médico da Fiocruz, Carlos Augusto Gadelha, trata do relatório da OMS intitulado “Macroeconomia e saúde: investindo na saúde para o desenvolvimento econômico” (OMS, 2001 *apud* Gadelha) como um estudo que ainda serve de referência para o tema. O relatório trata a saúde como um fim em si e como um fator favorável ao desenvolvimento econômico, ressaltando que regiões com condições de saúde graves, como a África Subsaariana com a epidemia de AIDS e as outras doenças a ela relacionadas debilitam os países de modo tão severo que limitam “qualquer possibilidade de crescimento econômico e de

¹²² FOLLAND, Sherman; GOODMAN, Allen C.; STANO, Miron. *The Economics of Health and Health Care*. 6ª edição. New Jersey: Prentice Hall, 2010, p. 534.

¹²³ *Idem*

¹²⁴ *Ibidem*, p. 535.

desenvolvimento.”¹²⁵ Gadelha destaca ainda uma dupla dimensão na relação da saúde com o desenvolvimento. Uma vertente diz que a saúde é um direito de “cidadania inerente ao conceito de desenvolvimento.”¹²⁶ Já para uma segunda vertente, a base produtiva em saúde, bens e serviços, “constitui um conjunto de setores de atividade econômica que geram crescimento e possuem uma participação expressiva no PIB e no emprego no país.”¹²⁷

Após essa breve análise dos impactos das doenças no desenvolvimento econômico de um país, serão apresentados os principais problemas de saúde que afetam os PALOP, países que têm indicadores de saúde melhores que grande parte dos países da África Subsaariana, apresentando, no entanto, índices preocupantes, principalmente em Angola, Guiné-Bissau e Moçambique, como será visto a seguir.

A alta taxa de mortalidade em menores de cinco anos é um problema que afeta de forma quatro dos cinco PALOP. A taxa de mortalidade infantil em um país é considerada alta quando ocorrem 40 ou mais mortes a cada mil nascimentos¹²⁸. Em Cabo Verde morrem 29 crianças menores de cinco anos cada mil nascimentos¹²⁹, uma taxa um pouco maior que a brasileira, de 22 mortes a cada mil nascimentos¹³⁰. Em São Tomé e Príncipe a taxa é de 98 mortes a cada mil nascimentos¹³¹, Moçambique apresenta taxa de 130 óbitos a cada mil nascimentos¹³², em Guiné-Bissau a cada mil nascimentos aproximadamente 195 crianças morrem. Angola apresenta o pior índice, são 220 óbitos de crianças menores de cinco anos a cada mil nascimentos.

Os gastos públicos em saúde no Brasil correspondem a aproximadamente 3,5% de seu PIB, um gasto baixo se comparado a países como Noruega (7,5%), Austrália (6,0%) ou Nova

¹²⁵ GADELHA, Carlos Augusto. *Desenvolvimento e saúde: em busca de uma nova utopia*. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 29, nº 71, set./dez. 2005, p. 330.

¹²⁶ Ibidem, p. 334

¹²⁷ Ibidem, p. 335

¹²⁸ United Nations. *The Millennium Development Goals Report 2010*. New York, 2010

¹²⁹ UNDP. *Country profile of human development indicators 2010 Cape Verde*. Disponível em: <<http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/CPV.html>> Acesso em 14 nov. 2010

¹³⁰ UNDP. *Country profile of human development indicators 2010 Brazil*. Disponível em: <<http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/BRA.html>> Acesso em: 14 nov. 2010

¹³¹ UNDP. *Country profile of human development indicators 2010 Sao Tome and Principe*. Disponível em: <<http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/STP.html>> Acesso em: 14 nov. 2010.

¹³² UNDP. *Country profile of human development indicators 2010 Mozambique*. Disponível em: <<http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/MOZ.html>> Acesso em: 14 nov. 2010

Zelândia (6,1%) - os três melhores colocados nos ranking geral do IDH – e insuficiente se levarmos em consideração que se trata de um país cujo sistema de saúde ainda está se estruturando. Ainda assim, os gastos em saúde no Brasil em relação ao seu PIB são equivalentes iguais aos de Moçambique (3,5%), Cabo Verde (3,4%) e inferiores aos de São Tomé e Príncipe (5,3%). Já em Angola os gastos em saúde correspondem a 2,0% de seu PIB e em Guiné-Bissau a 1,6%¹³³, muito baixos se levasse em conta a fragilidade dos sistemas de saúde desses países, a vulnerabilidade de suas populações a doenças cuja prevenção é de baixo custo, como a malária, doenças diarréicas e tétano, ou seja, os gastos são baixos se comparados às necessidades desses países. Essas são causas que explicam as baixas expectativas de vida apresentadas por Angola, Guiné-Bissau e Moçambique, já explicitadas nesse trabalho.

3.1.1. ANGOLA

Em Angola, as doenças transmissíveis e parasitárias, como a malária, a AIDS, a tuberculose e a tripanossomíase, estão na origem de 70% do total das mortes¹³⁴ sendo que crianças e mulheres são as populações mais atingidas. A tuberculose teve uma taxa de prevalência de 333/100.000/ano em 2005, sendo que a prevalência de HIV entre doente com tuberculose é de 19%. O acesso à água potável está disponível há apenas 53% da população e o acesso ao saneamento básico a 31% da população. Isso ajuda a explicar os altos percentuais de doenças parasitárias, de cólera e de doenças diarréicas agudas. A ocorrência de epidemias (como a de poliomielite, meningite, sarampo febre hemorrágica e cólera) é freqüente devido à alta taxa de pobreza, ao baixo acesso à água potável e ao saneamento básico, ao acesso limitado aos serviços de saúde e à baixa cobertura de vacinação de rotina. Outro problema é relativo aos recursos humanos, que são insuficientes em quantidade e qualidade, havendo grandes desequilíbrios entre regiões do país e zonas urbanas, que concentram a maior quantidade de pessoal, de modo que não há equidade de acesso aos serviços.¹³⁵

Assim, o Documento da Política Nacional de Saúde explicita as três prioridades nacionais de saúde em Angola:

¹³³ United Nations. *The Millennium Development Goals Report 2010*. New York, 2010

¹³⁴ Ministério do Planeamento. *Estratégia de combate à pobreza: Reinserção Social, Reabilitação e Reconstrução e Estabilização Económica*, Luanda, Angola, 2007, p. 76.

¹³⁵ OMS Escritório Regional Africano. *Estratégia de Cooperação da OMS com os Países 2009-2013 Angola*, 2009, p. 7-9.

1. Redução da mortalidade materno-infantil.
2. Controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis.
3. Organização e gestão do sistema de saúde.

3.1.2. CABO VERDE

A dinâmica de desenvolvimento de Cabo Verde reflete sua estabilidade política, o respeito aos direitos humanos, entre outros fatores. O acesso à água potável está disponível há 89,5% da população e o acesso ao saneamento básico a 58% da população, dados que vem ao longo dos últimos anos apresentando uma sensível melhora¹³⁶. As doenças não transmissíveis (hipertensão arterial, as doenças cardiovasculares, a insuficiência renal crônica, a diabetes, tumores malignos, entre outras) constituem as principais causas de morte, representando mais de 40% dos óbitos na população em geral, superando, em frequência e gravidade, as doenças infectocontagiosas¹³⁷.

As infecções respiratórias agudas e as doenças diarréicas agudas têm uma frequência elevada e juntamente com doenças infecciosas e parasitárias estão entre as principais causas de óbito no país. As novas infecções por AIDS têm apresentado uma tendência declinante e os óbitos em função dessa doença vêm diminuindo desde 2005, ano em que se começou administrar o tratamento antirretroviral. A tuberculose apresenta taxas de incidência com índices relativamente elevados, em torno dos 60 por cem mil habitantes. Já a malária encontra-se restrita à Ilha de Santiago produzindo aproximadamente 100 casos por ano. Em 2008, ocorreu uma epidemia de rubéola que atingiu todo o país, com mais de 15.000 casos notificados. Em relação aos medicamentos verifica-se que há dificuldades em controlar a qualidade dos fármacos, um acesso deficiente aos medicamentos e um uso pouco racional desses medicamentos.¹³⁸

Houve em Cabo Verde uma perceptível melhora de seus dados demográficos no período 2002-2010 com o aumento da expectativa de vida para quase 72 anos. Assim, apesar da população do país ser jovem perto de 7% dessa população tem 60 anos ou mais, o que

¹³⁶ OMS Escritório Regional Africano. *Estratégia de Cooperação da OMS com os Países 2009-2013 Cabo Verde*, 2009, p. 7-8.

¹³⁷ *Ibidem*, p. 9.

¹³⁸ *Ibidem*, p. 8.

confere ao país mais um desafio em matéria de saúde, atender a essa nascente terceira idade em todas as suas necessidades específicas.¹³⁹

A Estratégia de Cooperação da OMS com Cabo Verde para o período 2008-2013 aponta três eixos estratégicos¹⁴⁰:

1. Melhoria da situação sanitária da população, atendendo às questões dos direitos humanos, equidade e gênero
2. Reforço das capacidades e desempenho do Serviço Nacional de Saúde
3. Promoção da saúde e parceria estratégica

3.1.3. GUINÉ-BISSAU

O perfil epidemiológico de Guiné-Bissau é caracterizado por doenças infecto-contagiosas, pelo aumento das doenças não transmissíveis, pelos comportamentos de risco, (como o tabagismo, alcoolismo, consumo de droga e práticas sexuais de risco), pelas condições do meio ambiente e por uma alimentação desequilibrada, situação essa agravada pela incapacidade do sistema de saúde em dar respostas favoráveis, o que tem como consequência uma mortalidade elevada, sobretudo materno-infantil.¹⁴¹

As doenças transmissíveis constituem as principais causas de procura dos serviços de saúde em Guiné-Bissau e as que mais afetam o país são a malária, doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas (IRA), HIV/AIDS associada à tuberculose (TB). Surto de cólera têm se tornado frequentes¹⁴² e exigem uma estratégia de ação. Em relação às doenças não-transmissíveis é difícil fazer qualquer análise, pois não há informações sobre a situação dessas doenças em função da não sistematização dos seus registros pelo Sistema Nacional de Informação Sanitária (SNIS). Nota-se, no entanto, que acidentes vasculares cerebrais (AVC), diabetes, tumores e outras doenças crônicas são o motivo de grande parte das consultas e das evacuações para o exterior. Em relação à saúde mental é sabido que um número considerável de doentes não recebe a devida assistência.¹⁴³

¹³⁹ Ibidem, p. 3.

¹⁴⁰ Ibidem, p. xi.

¹⁴¹ OMS Escritório Regional Africano. *Estratégia de Cooperação da OMS com os Países 2009-2013 Guiné-Bissau*, 2009, p. 5.

¹⁴² Ibidem, p. 7.

¹⁴³ Ibidem, p. 5.

As taxas de mortalidade materna e neonatal continuam ainda muito elevadas, situando-se, respectivamente por volta de 818 por 100.000 nascido-vivos e de 55 por 1000 nascido-vivos. Nota-se que a informação das mulheres em idade reprodutiva sobre o HIV/AIDS é muito pequena. Calcula-se que 72,4%⁴ das mulheres com idade compreendida entre 15 e 49 anos ouviram falar do HIV/AIDS, mas não conhecem nenhum meio de proteção ou de prevenção, sendo dos 78% das mulheres que deram a luz em unidades de saúde 41% receberam algum tipo de aconselhamento sobre a doença e 6,2% das grávidas são soropositivas.¹⁴⁴

Aproximadamente 20% da população têm acesso à água canalizada no meio urbano e 60% tem acesso à água de poços. Parte considerável da população não utiliza latrinas/fossas. Além disso, não existe algum sistema organizado de remoção e tratamento do lixo urbano nem manutenção da rede de esgotos. Tudo isso constitui um quadro perigoso para a saúde pública.¹⁴⁵

3.1.4. MOÇAMBIQUE

Os recursos humanos em saúde do país são insuficientes em quantidade e qualidade, o que é um grande entrave a uma melhor assistência em Moçambique. Além disso, ao país tem um Sistema de Informação em Saúde que precisa de inúmeras modificações, o que representa algo crucial para o desenvolvimento da saúde no país, já que o Sistema fornece informações essenciais para a formulação de políticas e estratégias de saúde. Assim, o Ministério da Saúde de Moçambique colocou a reforma no Sistema de Informações como uma prioridade para o ano de 2010. O acesso a medicamentos é um problema no país e se estima que mais de 75% da população utilize a medicina tradicional para tratar problemas de saúde. A distribuição de remédios de alta qualidade em todas as províncias é uma meta fundamental. Assim, o suprimento, estocagem e distribuição de vacinas e insumos essenciais à saúde precisam ser melhorados.¹⁴⁶

Quanto à questão do acesso à água potável, o país tem conseguido ampliar o acesso à população e deve conseguir, até 2015, chegar à meta planejada pelos Objetivos do Milênio,

¹⁴⁴ Ibidem, p. 6.

¹⁴⁵ Ibidem, p. 6.

¹⁴⁶ OMS Escritório Regional Africano. *WHO Country Cooperation Strategy 2009-2013 Mozambique*, 2010, p. 4.

que para Moçambique, é de 70% da população tendo acesso à água potável. Já o saneamento básico no ano de 2009 alcançou 43% da população, um crescimento de 14% se comparado com o ano de 1997, quando o saneamento cobria apenas 29% da população. Vale lembrar que, tanto no que tange ao acesso de água quanto ao saneamento, há diferenças quanto à cobertura no meio rural e no meio urbano, em Moçambique, essa diferença não é muito grande.¹⁴⁷ Já o relatório Who Country Cooperation Strategy 2009–2013 Mozambique destaca a importância da promoção da educação em saúde no país em função de comportamentos de alto risco que são comuns em Moçambique como questões de higiene, sexo inseguro, dieta inadequada, alto consumo de álcool e tabaco e algumas práticas culturais prejudiciais.¹⁴⁸

As doenças que mais afetam Moçambique são a malária, a tuberculose, a AIDS, infecções respiratórias agudas, doenças diarreicas agudas e a cólera. Agravam esse quadro os altos níveis de pobreza e subnutrição e o acesso escasso à água limpa e saneamento básico. Todo ano são registrados aproximadamente 6 milhões de casos de malária e se estima que 24% das mortes de crianças menores de 5 anos sejam em função dessa doença, assim como também o alto número de mortes de mães registradas. É baixo o número de crianças e grávidas que se previnem contra a doença, seja através de redes, sprays ou com o tratamento preventivo de malária. Já a tuberculose tem incidência de aproximadamente 431 casos por 100 mil habitantes, um dos índices mais altos do mundo. Está caindo, no entanto, a taxa de co-infecções de HIV e tuberculose por causa do sucesso de uma droga que combate a tuberculose. Por outro lado, o quadro é em negativo em relação ao HIV/AIDS, pois a taxa de infecção do vírus tem apresentado uma tendência de aumento, estão, atualmente, em 11,5%, apesar das constantes campanhas promovidas pelo governo e outros organismos. As doenças tropicais negligenciadas são comuns em Moçambique. A prevalência de esquistossomose (*schistosomiasis haematobium*) varia de 12,3% a 81,3% sendo as crianças em idade escolar o grupo populacional mais afetado. A filariose linfática é endêmica a nível nacional e helmintíases está generalizada. Por fim, as doenças não-transmissíveis que mais afetam o país são relacionadas a problemas cardiovasculares, pressão alta, diabetes, doenças respiratórias crônicas e câncer.¹⁴⁹

¹⁴⁷ Governo de Moçambique. *Report On The Millennium Development Goals Republic Of Mozambique*. 2010.

¹⁴⁸ OMS Escritório Regional Africano. Op. cit., p. 6.

¹⁴⁹ *Ibidem*, p. 7-8.

3.1.5. SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

O país vive sob um regime democrático, implementado em 1991, mas que sofre mudanças freqüentes de governo, o que leva a uma descontinuidade das ações do governo. O país apresenta um crescimento do PIB, mas sua população sofre em função de outras variáveis econômicas, que não têm seguido o ritmo de crescimento do PIB.¹⁵⁰ A população do interior do país tem dificuldades em acessar o sistema de saúde e receber tratamento médico e é justamente nesses locais onde os índices de pobreza são mais elevados. Há uma insuficiência em número e em qualidade de profissionais de saúde e uma desigualdade na distribuição geográfica desse pessoal, que se concentra mais na zona da capital em detrimento às zonas periféricas. A baixa remuneração, a ausência de um plano de carreiras e de incentivos para a fixação de quadros na periferia explicam a desmotivação dos agentes de saúde. Além disso, o Instituto de Ciências da Saúde não tem conseguido formar quadros adequados às necessidades do país.¹⁵¹

No que tange aos medicamentos, nota-se uma dificuldade organizacional, programática e de gestão e a inadequação ou até mesmo inexistência de instrumentos de política e legislação farmacêutica. Um avanço pode ser indicado na implementação de uma política nacional de transfusão de sangue, que fez subir de 5% para 26,4% o número de doadores. O próximo passo deve ser a instituição do Programa Nacional de Transfusão de Sangue.¹⁵² Por outro lado, faltam equipamentos e não há uma política de manutenção e padronização dos equipamentos. O orçamento do Estado para a saúde diminuiu, o que tornou o setor ainda mais dependente de ajuda externa. Isso acaba por dar uma descontinuidade às ações realizadas.¹⁵³ Em São Tomé e Príncipe predominam doenças transmissíveis como a malária, a AIDS e a tuberculose, por vezes relacionadas ao ambiente insalubre e a comportamentos de risco.¹⁵⁴

Essas últimas considerações levam a conclusão de que uma melhora no sistema de saúde de São Tomé e Príncipe precisa ser acompanhada de uma melhoria na infraestrutura do país que leve saneamento básico a todos e campanhas de educação sexual e conscientização, o que é necessário não apenas a esse país, como a maioria dos PALOP e também ao Brasil.

¹⁵⁰ OMS Escritório Regional Africano. *Estratégia de Cooperação da OMS com os Países 2009-2013 São Tomé e Príncipe*. 2009, p. 4.

¹⁵¹ *Ibidem*, p. 5.

¹⁵² *Ibidem*, p. 6.

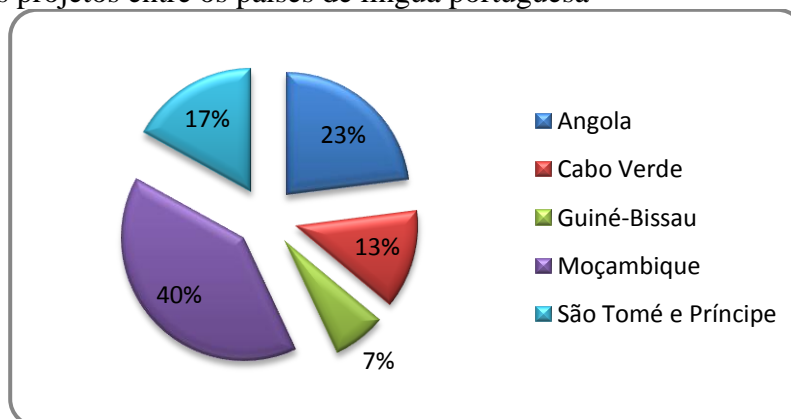
¹⁵³ *Ibidem*, p. 7.

¹⁵⁴ OMS. *Estratégia de Cooperação Resumo São Tomé e Príncipe*. 2009.

3.2 COOPERAÇÃO EM SAÚDE ENTRE BRASIL E OS PALOP NA ATUALIDADE

Como já explicado no presente trabalho houve nos dois governos de Lula da Silva uma reaproximação com o continente africano. Seguido essa tendência, nota-se um fortalecimento da cooperação do Brasil com a África, especialmente com os PALOP. A área que tem recebido maior investimento brasileiro é a saúde e o país com o qual a cooperação em saúde é mais intensa é Moçambique, como pode ser visto no gráfico abaixo:

Distribuição dos projetos entre os países de língua portuguesa¹⁵⁵



FONTE: Grupo Temático de Cooperação Internacional em Saúde (2010)

Essa cooperação é realizada pelo Ministério das Relações Exteriores e pelo Ministério da Saúde através da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), da Farmanguinhos e da Agência Brasileira de Cooperação tem como uma de suas diretrizes “Apoiar projetos vinculados sobretudo a programas e prioridades nacionais de desenvolvimento dos países recipiendários”.¹⁵⁶ Paulo Buss, ex-presidente da Fiocruz, explica que a cooperação entre Brasil e os PALOP, que se dá no âmbito da CPLP, se deu através da elaboração de um Programa Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS/CPLP). O Conselho de Ministros da Saúde da CPLP elaborou um plano que “tem o propósito central de fortalecer, através da cooperação técnica, a institucionalidade do setor saúde, vale dizer, os sistemas de saúde dos

¹⁵⁵ Ministério da Saúde - Grupo Temático de Cooperação Internacional em Saúde. *Cooperação Brasil-Moçambique na Área de Saúde*. 2010.

¹⁵⁶ BUSS, Paulo. *Cooperação Sul-Sul: a Experiência de Cooperação Internacional em Saúde*. III CNPEPI. Brasília, 2009, p. 180.

países membros, nomeadamente os Ministérios da Saúde”.¹⁵⁷ O plano se orienta pela a estratégia da “atenção primária em saúde” indicada pela OMS, como principal orientação política, assim como as chamadas ‘instituições estruturantes dos sistemas de saúde’, entre as quais se encontram os Institutos Nacionais de Saúde (INSP), as Escolas Nacionais de Saúde Pública (ENSP), as Escolas Politécnicas de Saúde (EPS) (para a formação de pessoal de nível médio, importantíssimos no contexto de saúde da África), outros Institutos Nacionais e as escolas de graduação em saúde.¹⁵⁸

Para Paulo Buss, alguns projetos desenvolvidos pela Fiocruz podem dar a dimensão da cooperação do Brasil com os PALOP, como a inauguração da Fiocruz África, o fomento ao desenvolvimento de instituições de saúde e o desenvolvimento de recursos humanos em saúde.¹⁵⁹ A inauguração do primeiro escritório da Fundação no exterior, A Fiocruz África, ocorrida em 2008, marca o início da consolidação da Fiocruz naquele continente, e mostra que a Fundação está ampliando sua presença internacional, principalmente nos países de língua portuguesa do continente africano. A Fiocruz África é um escritório regional, que está localizado fisicamente em Maputo, Moçambique, mas é acreditado diplomaticamente junto à União Africana. Tem como finalidade articular, acompanhar e avaliar os programas de cooperação em saúde desenvolvidos pelas unidades da Fiocruz com os países africanos. Esses programas de cooperação incluem: cursos de pós-graduação em diferentes áreas; capacitações em serviço; ensino à distância e formação politécnica; implantação e reformulação dos Institutos Nacionais de Saúde dos países da CPLP; transferência de tecnologia para a área de produção; e apoios diferenciados para o fortalecimento dos sistemas de saúde dos países da CPLP. Esses programas prevêm também a vinda periódica de alunos e profissionais à Fiocruz, no Brasil, por períodos variados, para complementação de treinamentos, capacitações e formações acadêmicas e aperfeiçoamento técnico-profissional.¹⁶⁰

O desenvolvimento institucional da saúde nos países africanos de língua portuguesa se dá através do apoio ao estabelecimento dos Institutos Nacionais de Saúde de Moçambique e Guiné-Bissau, em parceria com a Associação Internacional de Institutos Nacionais de Saúde

¹⁵⁷ Ibidem, p.. 181.

¹⁵⁸ Ibidem, p. 182.

¹⁵⁹ Ibidem, p. 182.

¹⁶⁰ Fiocruz. Conheça a Fiocruz - Fiocruz África. Disponível em:

<<http://www.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=4496&sid=10>> Acesso em: 15 nov. 2010.

Pública (IANPHI, em sua sigla em inglês); da Escola Nacional de Saúde Pública de Angola; das Escolas Técnicas de Saúde de Cabo Verde, Moçambique e Guiné-Bissau; do Instituto Nacional de Saúde da Mulher e da Criança de Moçambique; da Universidade de Cabo Verde, com orientação dirigida às profissões da saúde; e de uma companhia pública e estatal de medicamentos em Moçambique para produzir drogas anti-retrovirais e outras.¹⁶¹ Na pauta de ações da Fiocruz no continente africano também estão previstas a oferta de cursos para a área de saúde e o intercâmbio na área de produção de vacinas e kits de diagnósticos. Além disso, a Farmaguinhos está desenvolvendo estudos para criar formulações de anti-retrovirais especificamente destinadas às necessidades africanas. É o caso de uma pílula “três em um” diferente daquela desenvolvida para o Brasil. Na “três em um africana” o componente Zidovudina será substituído por Estavudina, já que há estudos mostrando que pacientes africanos não respondem tão bem à Zidovudina. Para Paulo Buss, ex-presidente da Fiocruz, “o Brasil deve muito à África, pois nosso povo tem profundas raízes nos povos que, vindos obrigados daquele Continente pela escravidão, ajudaram a forjar a pujança do Brasil. Chegou a hora de dar a mão para nossos irmãos africanos que vivem situações sociais e de saúde inimagináveis em Angola, Cabo Verde, Guiné Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe, além do Timor Leste”.¹⁶²

A Fiocruz também participa como observadora consultiva em saúde na CPLP. O convite para participação da instituição, feito em 2007, teve por objetivo que a Fundação participe de um esforço coordenado para criar um plano estratégico que visa sanar deficiências de temas de saúde, principalmente a formação de recursos humanos em saúde, no âmbito da CPLP. O então secretário-executivo da (CPLP), Luis Fonseca, destacou o papel da Fiocruz como “uma das mais prestigiadas instituições em saúde do mundo” na melhoria dos sistemas de saúde e na capacitação de recursos humanos, que desestimularia o êxodo desses profissionais. “Um dos principais problemas enfrentados pelos países membros da CPLP é o êxodo de especialistas. Precisamos criar condições para que os médicos possam fixar-se em

¹⁶¹ BUSS, Paulo. *Cooperação Sul-Sul: a Experiência de Cooperação Internacional em Saúde*. III CNPEPI. Brasília, 2009. P. 183.

¹⁶² Agência Fiocruz de notícias. Inaugurado em Moçambique o primeiro escritório internacional da Fiocruz. Disponível em: < <http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=2094&sid=9> > Acesso em: 16 nov. 2010.

seus países. A saúde constitui um dos principais campos de atuação da CPLP e a maioria dos problemas nessa área pode ser resolvida com parcerias”. Segundo Fonseca, a capacitação de recursos humanos é primordial para evitar a evasão de especialistas. Não apenas a formação de médicos, mas de pessoas capazes de gerir com competência os sistemas de saúde dos países. “É necessário melhorar a capacidade de diagnóstico de doenças, a vigilância epidemiológica e capacitar profissionais para o uso de equipamentos. Mas também é essencial reforçar os sistemas de saúde dos países-membros, formar profissionais capazes de gerenciá-los, fazê-los funcionar. A presença da Fiocruz só poderá enriquecer nossas atividades e trazer uma mais-valia técnica com a sua competência”, concluiu.¹⁶³

Gallo, Castro, Costa, Studart e Wilecke apontam as experiências positivas do SUS como um reforço ao argumento de que a saúde é um vetor importante da política externa brasileira, política externa essa que é portadora de uma Agenda política mas também técnico-operacional. Assim, “há, portanto, um *background* que habilita a saúde a ser uma das áreas de ponta para fortalecer a proposta da política externa” colocando o Brasil como “um interlocutor importante no cenário internacional, tendo como perspectiva a solidariedade, a diversidade e a justiça social, promovendo uma nova relação entre Estado e Sociedade.”¹⁶⁴ Para que isso possa ocorrer apresenta-se como o principal desafio “coordenar e integrar a ação nacional e internacional dos diversos países e áreas governamentais, da sociedade civil e empreendedores em torno de uma política que aprofunde a integração sul-americana e a relação sul-sul, na perspectiva de fomento soberano e sustentável.”¹⁶⁵

3.2.1. ANGOLA

Uma das prioridades do governo angolano no que tange à saúde é relativa à organização de seu sistema de saúde. Focada na necessidade desse país, a Fiocruz elaborou um projeto de fortalecimento do Sistema de Saúde na República de Angola, principalmente nos

¹⁶³ Agência Fiocruz de notícias. Fiocruz é convidada a ser observadora consultiva da CPLP. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=756&sid=9>> Acesso em: 17 nov. 2010.

¹⁶⁴ Gallo, Edmundo, De Castro, Janice, Costa, Joseane, Studart, Vivian, Wilecke, Sandra. *Saúde, Desenvolvimento e Globalização*. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 29, nº 71, set./dez. 2005. Pág. 318

¹⁶⁵ *Ibidem*, p. 324.

campos do ensino e ciência e tecnologia, assim como em comunicação e informação. O projeto será supervisionado pelos Ministérios da Saúde de ambos os países e coordenado pela Fiocruz. Já o combate à malária é coordenado pelo Secretariado de Assistência Médica e pelo Ministério da Saúde e tem por objetivo dar apoio ao Programa de Prevenção e Controle de Malária e reduzir o número de casos dessa doença em Angola. Outro projeto de combate à malária diz respeito à identificação das necessidades angolanas em relação a essa doença a fim de aplicar programas que possam ir ao encontro da demanda de cada região. O mesmo programa também analisa as demandas angolanas nas áreas de Saúde da Família, Nutrição, Cuidado com a Saúde e Bancos de Leite Humano e é coordenado pela Agência Brasileira de Cooperação (ABC) e realizado pelos Ministérios da Saúde dos dois países. Também coordenado pela ABC é o programa que visa reestruturar as redes de bibliotecas que tratam de cuidados com a saúde em Angola e Moçambique. Também participam do programa o Ministério da Saúde do Brasil através da Fiocruz e dos Ministérios da Saúde de Angola e Moçambique.

3.2.2. CABO VERDE

Cabo Verde é atualmente o país africano que mais recebe cooperação brasileira. Já, em relação ao mundo, está em segundo lugar na relação de países beneficiários da cooperação brasileira, sendo superado somente pelo Haiti.¹⁶⁶ Entretanto, em saúde é o penúltimo país beneficiário da cooperação do Brasil¹⁶⁷. Uma prioridade para o país é a melhora de seu sistema de saúde e o Brasil oferece projetos nesse sentido. O Brasil vem ajudando a desenvolver o Sistema de Informação Saúde cabo verdiano, que encontrasse em fase de instalação nos hospitais das duas principais cidades do país, Praia e Mindelo. O sistema permite o gerenciamento de estoques de medicamentos, de consultas médicas, de diagnósticos e de internamentos, além de possibilitar o acompanhamento de ações destinadas à saúde reprodutiva.¹⁶⁸ A Fiocruz desenvolve um projeto objetivando o fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde de Cabo Verde. O projeto vem diagnosticando as estratégias prioritárias e

¹⁶⁶ CAMPELO, Gustavo Guimarães. *Cooperação em CT&I Brasil - Cabo Verde. Diplomacia Científica: II Curso de Cooperação Internacional em Ciência, Tecnologia e Inovação Coletânea de artigos*. Brasília, 2010, p. 108.

¹⁶⁷ Grupo Temático de Cooperação Internacional em Saúde. *Cooperação Brasil-Moçambique na Área de Saúde*. 2010.

¹⁶⁸ CAMPELO, Gustavo Guimarães. *Op. Cit.*, p. 112.

desenvolvendo aspectos técnico-científicos no campo da saúde e prevê ainda a instalação de uma Escola Politécnica de Saúde no país.¹⁶⁹

A Agência Brasileira de Cooperação e a Fundação *Jorge Duprat Figueiredo* de Segurança e Medicina do Trabalho – FUNDACENTRO, do Brasil, e a Inspeção Geral do Trabalho, em Cabo Verde vêm promovendo o treinamento nas áreas de segurança, higiene e saúde no local de trabalho e prevenção de risco para trabalhadores. Trata-se de um programa que busca levar as informações necessárias aos assistentes sociais e/ou profissionais que trabalham em saúde e segurança do trabalho objetivando que, assim, eles possam cumprir suas obrigações mais efetivamente e prevenir problemas de saúde no trabalho. Já os Ministérios da Saúde de Brasil e Cabo Verde tem trabalhando no combate à Doença Falciforme, que é genética e hereditária, através da troca de informações e dados sobre as atividades desenvolvidas em Cabo Verde em relação a essa doença. Ambos os ministérios trabalham também no combate à malária, que, atualmente, encontra-se restrita à Ilha de Santiago.¹⁷⁰

3.2.3. GUINÉ-BISSAU

Guiné-Bissau é o PALOP que apresenta menor quantidade de projetos de cooperação técnica em saúde com o Brasil, é beneficiário de apenas 7% dos projetos desenvolvidos pelo Brasil com os países africanos de língua portuguesa. Vem sendo coordenados pela Fiocruz a Criação da Escola Técnica de Saúde, e a Elaboração e Implementação do Plano de Cooperação Estratégica em Saúde (PECS) no país. Além desses dois programas, o Brasil, através da Fiocruz, juntamente com o International Association of National Public Health Institutes (IANPHI), tem trabalhado na criação do Instituto Nacional de Saúde de Guiné Bissau.¹⁷¹ A Fiocruz também apóia o fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde de Guiné-Bissau com ações como a de assistência a reestruturação da rede de bibliotecas sobre saúde, a reestruturação da Escola Politécnica de Saúde e a ampliação do Laboratório Nacional de Saúde Pública – projetos esses desenvolvidos pela ABC. A ABC também é responsável por

¹⁶⁹ Secretariado Geral para Cooperação e Promoção Comercial. *South-South Cooperation Activities Carried Out By Brazil*. 2007, p. 65.

¹⁷⁰ *Ibidem*, p. 65.

¹⁷¹ ALMEIDA, Célia et alii. *A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde*. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*. Rio de Janeiro, v.4, n.1, mar., 2010, p. 30.

projeto que tem como objetivo auxiliar o Programa de Prevenção e Controle da Malária. O projeto funciona através do diagnóstico da doença no país com a coleta de informações e a preparação de relatório da situação epidemiológica, diagnóstico, tratamento e controle dos transportadores de malária no país e seus executores são, pelo lado brasileiro, o Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde (MS/SVS) e, pelo lado guineense, o Ministério da Saúde Pública (MS/GB).¹⁷² A ABC também coordena projetos de diagnóstico sobre a Doença Falciforme no país. A vinda do Presidente de Guiné-Bissau, Malam Bacai Sanhá, ao Brasil em agosto de 2010 reforçou os laços que unem os dois países. Os projetos de cooperação já existentes foram reafirmados e seis acordos foram assinados pelo Presidente do Brasil, Lula da Silva, e Malam Bacai Sanha, Presidente de Guiné-Bissau. Na área da saúde foi assinado o acordo de ajuste complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre os Governos do Brasil e de Guiné-Bissau para Cooperação Técnica no Combate ao HIV/AIDS.¹⁷³

3.2.4. MOÇAMBIQUE

Em Moçambique há atualmente uma intensa cooperação técnica em saúde, 40% dos projetos brasileiros destinados aos PALOP envolvem Moçambique, sendo, assim, o país africano de língua portuguesa que mais recebe projetos brasileiros nessa área¹⁷⁴. É no país que está instalada a Fiocruz África, que tem por função fomentar a capacitação dos países da África auxiliando na estruturação de sistemas de saúde e na capacidade de enfrentar os graves problemas de saúde do continente.

Um projeto que merece destaque é o da instalação da fábrica de medicamentos antirretrovirais e outros medicamentos genéricos na cidade de Matola, próxima da capital,

¹⁷² ABC. Projetos Cooperação Sul-Sul Cooperação Brasil-PALOP – Guiné-Bissau. Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/projetos/cooperacaoPrestadaAfricaPALOP.asp>> Acesso em: 18 nov. 2010.

¹⁷³ MRE. Visita ao Brasil do Presidente da Guiné-Bissau, Malam Bacai Sanhá – Comunicado Conjunto. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/sala-de-imprensa/notas-a-imprensa/visita-ao-brasil-do-presidente-da-guine-bissau-malam-bacai-sanha-2013-comunicado-conjunto-2013-brasilia-25-de-agosto-de-2010>> Acesso em: 18 nov. 2010.

¹⁷⁴ Grupo Temático de Cooperação Internacional em Saúde. Cooperação Brasil-Moçambique na Área de Saúde. 2010.

Maputo. A fábrica foi uma demanda do Governo de Moçambique, que solicitou ao Governo Brasileiro apoio para implementar uma unidade produtora de medicamentos antirretrovirais naquele país¹⁷⁵. A realização da fábrica envolve diversos atores brasileiros e moçambicanos. Do lado brasileiro temos a Farmanguinhos - da Fiocruz, a Assessoria Internacional em Saúde – do Ministério da Saúde e a ABC – do MRE. Já do lado Moçambicano participam do processo de realização da fábrica o Departamento Farmacêutico - do Ministério da Saúde e o Instituto de Gestão das Participações do Estado - do Ministério das Finanças. O projeto ainda conta com a parceria da ANVISA e da Fiocruz África e é financiado pelo Ministério da Saúde do Brasil, pela ABC, pela Vale S.A., pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério das Finanças de Moçambique.¹⁷⁶ Será feita pelo Brasil a doação de 21 dossiês contendo fórmulas de medicamentos a serem produzidos em Moçambique sem a necessidade de pagamento de direitos ou royalties. Em sua última visita ao continente africano Lula visitou as instalações da fábrica, que deverá funcionar de maneira plena a partir de 2012, e assinou um acordo que prevê a construção de um banco de leite materno para ajudar a combater a mortalidade infantil no país e instituição de uma organização moçambicana voltada para a saúde materno-infantil.

A formação e o aperfeiçoamento de recursos humano em saúde é uma das prioridades das linhas de ação do Brasil em Moçambique. A parceria entre o Instituto Nacional de Saúde (INS) moçambicano e a Fiocruz desenvolveu o Mestrado em Ciências da Saúde, que teve início em março de 2008. A Fiocruz envia professores que passam de uma a duas semanas ministrando módulos do curso no Centro Regional de Mestrado. Planeja-se que os diplomas sejam binacionais, mas, até o momento, o diploma é emitido pela Fiocruz. O programa funciona como um consórcio de três Programas de Pós-graduação do Instituto Oswaldo Cruz (IOC), nas áreas de Biologia Celular e Molecular, Biologia Parasitária e Medicina Tropical. São oferecidos mestrados e cursos de epidemiologia, saúde mental, saúde do trabalhador, administração hospitalar e planejamento e mestrado em laboratório de saúde pública em

¹⁷⁵ Projeto de Instalação da Fábrica de Antirretrovirais e Outros Medicamentos, 2010, p. 7.

¹⁷⁶ Projeto de Instalação da Fábrica de Antirretrovirais e Outros Medicamentos, 2010, p. 2.

Moçambique.¹⁷⁷ No ano de 2009, o programa de pós-graduação da Fiocruz formou sua primeira turma, que recebeu diploma de capacitação profissional em ciências da saúde.¹⁷⁸

O Ministério da Saúde do Brasil em relatório¹⁷⁹ elaborado para o Grupo Temática de Cooperação Internacional em Saúde destaca os projetos de cooperação entre os dois países na área da saúde incluindo o Mestrado em Ciências da Saúde e mais o programa de Fortalecimento do Órgão Regulador de Medicamentos como projetos em execução e ainda mais quatro projetos em negociação – Fortalecimento da luta contra a Epidemia de HIV/AIDS, Fortalecimento das Ações de Prevenção e Controle do Câncer, Apoio ao Desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Oral e Implantação do Projeto Piloto de Terapia Comunitária. São apontados ainda, como novas demandas de cooperação, o apoio à formação de quadros para o recém aprovado Instituto Politécnico de Saúde, a capacitação no âmbito da modernização da gestão hospitalar (Moçambique não tem nenhum estabelecimento hospitalar informatizado), o apoio à criação de instituto na área de saúde materno-infantil e a ampliação da cooperação prestada pela ANVISA na regulação de medicamentos Moçambique, através do Instituto Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, firmou em 2007 uma parceria com a Fiocruz e a Universidade Federal do Rio de Janeiro para a transferência de conhecimento em biossegurança para o país africano.¹⁸⁰

3.2.5. SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

O Brasil tem desenvolvido na República de São Tomé e Príncipe através da Fiocruz programas de combate à AIDS e à malária, A Fiocruz também tem colaborado para a implementação do Plano de Cooperação Estratégica em Saúde (PECS) nesse país, além de

¹⁷⁷ Agência Fiocruz de notícias. Temporão recebe ministros da Saúde da Tailândia e de Moçambique na Fiocruz. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1147&sid=9>> Acesso em: 17 nov. 2010.

¹⁷⁸ Agência Fiocruz de notícias. Fiocruz forma primeira turma de pós-graduação em Moçambique. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=2537&sid=9>> Acesso em: 18 nov. 2010

¹⁷⁹ Ministério da Saúde – Grupo Temático de Cooperação Internacional em Saúde. Cooperação Brasil – Moçambique na Área da Saúde, 2010.

¹⁸⁰ Instituto Oswaldo Cruz. IOC recebe representantes do Ministério da Saúde de Moçambique para capacitação em biossegurança. Disponível em: <http://www.ioc.fiocruz.br/pages/informerede/corpo/noticia/2007/fevereiro/07_02_07_01.htm> Acesso em: 17 nov. de 2010.

assessorar o desenvolvimento do seu sistema de saúde – redes de serviços, elaboração de programas de saúde e planejamento de organizações. Através da ABC vem sendo desenvolvido projeto de apoio ao Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe na prevenção da AIDS.¹⁸¹ A RDSTP foi incluída na lista dos primeiros beneficiários do Programa de Cooperação Internacional contra o HIV-AIDS conduzido pelo Ministério da Saúde do Brasil e apoiado pela OMS, tendo o fornecimento de antirretrovirais de fabricação brasileira e o treinamento no Brasil de equipes médicas santomenses passando a representar parte essencial do Programa Nacional de Combate a essa enfermidade. A partir dessa experiência se pretende poder ampliar a cooperação a outras áreas, como formação de outras equipes médicas e de administração hospitalar, as ações previstas no Protocolo de Cooperação Bilateral em Saúde assinado quando da visita do Presidente Lula a S.Tomé em 2003.¹⁸² No apoio brasileiro dado através do programa de controle e prevenção da malária pretende que aproveitada a longa experiência do Brasil no controle dessa doenças, principalmente na organização dos serviços locais de saúde e na estruturação do Programa Nacional de Controle da Malária. O projeto objetiva apoiar a estruturação do Programa de Controle e Vigilância da Malária em São Tomé e Príncipe, de forma sustentável, com profissionais capacitados para realizarem o controle integrado e seletivo de vetores, de modo a diminuir a incidência de malária na população santomense.¹⁸³

¹⁸¹ ABC. Projetos Cooperação Sul-Sul Cooperação Brasil-PALOP – São Tomé e Príncipe. Disponível em: < <http://www.abc.gov.br/projetos/cooperacaoPrestadaAfricaPALOP.asp> > Acesso em 18 nov. 2010.

¹⁸² Embaixada do Brasil em São Tomé e Príncipe. Nota sobre São Tomé e Príncipe e suas relações com o Brasil. Disponível em: <<http://www.embrasil-stp.org/spip.php?article72>> Acesso em: 18 nov. 2010.

¹⁸³ Embaixada do Brasil em São Tomé e Príncipe. Apoio ao Controle e à Prevenção da Malária em São Tomé e Príncipe. Disponível em: <http://www.embrasil-stp.org/spip.php?article109> Acesso em 18 nov. 2010.

3.3 AS PERSPECTIVAS DA COOPERAÇÃO TÉCNICA ENTRE O BRASIL E OS PALOP

A eleição da Presidente Dilma Rousseff, que pertence ao Partido dos Trabalhadores (PT), o mesmo partido do Presidente Lula sinaliza uma continuidade da atual política externa. As propostas enviadas ao Tribunal Superior Eleitoral (TSE) brasileiro em julho de 2010 pela então candidata à presidência Dilma Rousseff manifestam o desejo em trabalhar por uma democratização das relações internacionais e revela a solidariedade com os países pobres e em desenvolvimento. As propostas enfatizam, ainda, a importância das relações com a África e sinaliza um empenho na conclusão da Rodada de Doha e que isso seja feito de modo que os países pobres e em desenvolvimento possam ser favorecidos.¹⁸⁴ O site de campanha de Dilma Rousseff sinaliza a continuidade de uma política externa que valorize a aproximação das relações Sul-Sul.¹⁸⁵ Luiz Inácio “Lula” da Silva aposta em um aprofundamento ainda maior das relações com a África no governo de sua sucessora Dilma Rousseff. "Saio daqui com a convicção de que apenas estamos começando nosso trabalho com o continente africano. A nossa futura presidente da República, podem ter certeza disso, tem os mesmos compromissos que eu tenho com a África, porque ela participou junto comigo da elaboração de muitas das políticas que nós fizemos na África", afirmou Lula em Moçambique, na sua última viagem ao continente africano, viagem na qual havia a expectativa da companhia da Presidente eleita, que acabou não se concretizando. Já o chanceler Celso Amorim acredita que Dilma Rousseff não continuará como colocará em patamar mais elevado as políticas iniciadas no governo Lula.

No que tange à saúde há a mesma expectativa de continuidade e aprofundamento da cooperação técnica entre Brasil e África e principalmente entre o Brasil e os PALOP com destaque para o papel que Moçambique poderá exercer. A instalação da Fiocruz África e construção da fábrica de medicamentos da Farmanguinhos em Moçambique apontam nesse sentido e indicam que o país está se transformando em um dos maiores parceiros brasileiros principalmente na área da saúde. O projeto inicialmente pretendia que essa fábrica fosse um

¹⁸⁴ Propostas da Coligação Para o Brasil Seguir Mudando (PT / PMDB / PSB / Pcdob / PDT / PR / PRB / PTN / PSC / PTC).

¹⁸⁵ Dilma.com.br. O Brasil no mundo. Disponível em: <http://www.dilma.com.br/paginas/o-brasil-mudou/o-brasil-no-mundo/> Acesso em. 19 nov. 2010.

ponto de distribuição de medicamentos e vacinas para toda a África Austral, após a falta de verbas por parte do governo moçambicano e alguns atrasos nas obras, a fábrica está prestes a entrar em funcionamento com um objetivo mais singelo, o fornecimento para Moçambique. O que não tira importância do projeto, que atenderá um país cuja situação em saúde é de muita carência e que apresenta índices alarmantes de doenças como a malária e a AIDS e onde o acesso a medicamentos é problemático e se estima que mais de 75% da população utilize a medicina tradicional para tratar problemas de saúde. A distribuição de remédios de alta qualidade em todas as províncias é de importância fundamental. Assim, o suprimento, estocagem e distribuição de vacinas e insumos essenciais à saúde precisam ser melhorados. A fábrica ainda poderá vir a servir a África Austral, isso dependerá do desempenho que apresentar em seus primeiros anos de funcionamento, o que poderá indicar a possibilidade de expansão do projeto a mais países. Nesse sentido, é essencial que os governos de Brasil e Moçambique sigam comprometidos com o trabalho têm desenvolvido em saúde. Em seus últimos meses de governo, o Presidente Lula parece ter preparado o terreno para que sua sucessora possa seguir com as parcerias que vêm sendo desenvolvidas ao longo dos oito anos de governo Lula e Dilma parece comprometida com essas parcerias.

A continuidade dessa cooperação que vem sendo desenvolvida entre o Brasil e os PALOP deve se pautar nas demandas apresentadas por cada país em particular, o que pode ser avaliado através dos estudos bilaterais e multilaterais, como o Programa Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS/CPLP), que vêm sendo feitos sobre as condições de saúde nos países envolvidos. Os PALOP apresentam problemas relativos à estruturação de seus sistemas de saúde, nesse caso a experiência brasileira no SUS pode ajudar esses países a traçarem um caminho de fortalecimento e estabelecimento de sistemas de saúde de maior abrangência e eficiência. Esse é, no entanto, um trabalho que também deve ser desenvolvido internamente no Brasil, pois, apesar do SUS ter diretrizes que o caracterizem como um sistema de saúde baseado na universalidade dos serviços, na equidade na assistência à saúde e na integralidade da assistência, é nítido que há grandes discrepâncias quanto o acesso a saúde à população brasileira. O informe sobre a atenção primária em saúde, da OMS, alerta que a busca por um sistema de saúde equitativo passa antes por ações governamentais que visem sanar condições sociais que não estão sob controle direto do sistema sanitário e também pelo

trabalho do setor da saúde em promover reformas que avancem à cobertura universal da saúde. O informe também aponta a importância de os governos investirem na atenção primária à saúde.¹⁸⁶

O apoio à produção de medicamentos e a reestruturação dos sistemas de saúde são fundamentais, soma-se a essas demandas a necessidade de mão-de-obra qualificada e bem distribuída geograficamente que possa atender a população das grandes cidades, mas também atenda a população do interior dos países. A África corresponde a 24% da carga global de doenças, mas tem apenas 3% dos profissionais de saúde do mundo. Já os países das Américas, que concentram 10% da carga de doenças, contam com 37% dos trabalhadores de saúde.¹⁸⁷ Assim, o Brasil, seguindo e fortalecendo os programas de formação de recursos humanos que vem sendo desenvolvidos com os PALOP, estará colaborando de modo efetivo para a melhoria das condições de saúde nesses países.

O presente capítulo primeiramente apresentou os principais problemas de saúde que afetam os PALOP. Nota-se que as doenças infecto-contagiosas são responsáveis por grande parte da procura pelos serviços de saúde. No entanto, em Cabo Verde doenças não transmissíveis, como câncer e doenças cardiovasculares, constituem as principais causas de morte, superando, em frequência e gravidade, as doenças infectocontagiosas. Além dessa característica, Cabo Verde se diferencia também pelo fato da malária estar restrita a apenas uma pequena região, não sendo esse quadro preocupante, quadro distinto em relação ao restante dos PALOP, nos quais a malária constitui-se como a causa de muitas mortes. Doenças como a AIDS, a tuberculose, cólera, doenças diarréicas e infecções respiratórias agudas afetam de maneira grave os PALOP, que, no geral, não contam com uma boa infraestrutura e saneamento básico adequado.

Verificou-se também que houve no governo de Luiz Inácio Lula da Silva um incremento da cooperação em saúde com os PALOP. A saúde é o principal tema da cooperação com os PALOP e o principalmente país beneficiário é, atualmente, Moçambique. O Brasil tem participado através de programas de combate às principais doenças que atingem

¹⁸⁶ OMS. *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. 2008.

¹⁸⁷ OMS. *Working together for health - The World Health Report 2006*. Geneva: WHO Press, 2006, p. xviii-xix.

os PALOP, de programas de capacitação de recursos humanos em saúde, da transferência de tecnologia e apoio a produção de medicamentos e vacinas, da cooperação na formulação dos sistemas de saúde dos PALOP, entre outros.

Concluiu-se o capítulo com a perspectiva de uma continuidade do atual projeto brasileiro de cooperação com os PALOP em virtude do ritmo que essa cooperação já tomou e também em função da vitória do partido da situação na presidência do país. Assim, espera-se que a presidente eleita, Dilma Roussef, do Partido dos Trabalhadores (PT) dê continuidade as ações que estão sendo realizadas em relação aos PALOP.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível concluir a partir deste trabalho que, de fato, ocorreu uma aproximação do Brasil com a África sem precedentes ao longo dos dois governos de Luiz Inácio Lula da Silva, presidente que trouxe novo ritmo às relações brasileiras com o continente africano ao incluir na agenda brasileira países do Hemisfério Sul que, até o governo anterior, tinham seu intercâmbio com o Brasil através apenas de “algumas relações formais ou comerciais bem estritas e específicas”.¹⁸⁸ E, no campo da saúde, o principal objeto desse trabalho, essa aproximação trouxe também uma nova dinâmica. Nesse contexto, os PALOP destacam-se como grandes parceiros do Brasil no continente africano, o que pode ser notado no aumento da cooperação técnica em saúde, que os coloca como principais beneficiários, na África, dos programas de cooperação desenvolvidos pelo Brasil.

O sociólogo moçambicano Marílio Wane, também vê nos governos do Presidente Lula o início de uma nova etapa nas relações entre o Brasil e os países africanos, etapa essa marcada como sendo um processo de libertação das estruturas de dependência política e econômica em relação aos países ricos, tendo o Brasil um papel de liderança nesse contexto. As conseqüências para os países africanos, entre os quais o autor destaca Moçambique, em função do projeto da fábrica de antirretrovirais que está sendo instalada nesse país, também são relacionadas a um maior destaque desses países no cenário internacional, principalmente nas relações intracontinentais. Isso, é claro, além dos benefícios diretos à saúde das populações locais que o acesso a medicamentos a preços mais acessíveis proporciona.¹⁸⁹

Não há dúvidas que o acesso a um sistema de saúde eficiente pode trazer inúmeros benefícios à população de um país. Nesse sentido, o médico Carlos Augusto Gadelha, da Fiocruz, lembra que as perspectivas mais atuais no debate sobre a saúde a tem como sendo

¹⁸⁸ MALLMANN, Luciane Cristine. *Cooperação no setor de políticas sociais: da bilateralidade Brasil-África do Sul à multilateralidade IBAS*. 2009. Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Porto Alegre, BR-RS, 2009. Ori.: Visentini, Paulo Gilberto Fagundes, p. 280.

¹⁸⁹ WANE, Marílio. O Brasil de Lula em Moçambique. Disponível em: <<http://www.pambazuka.org/pt/category/features/68735>> Acesso em: 25 nov. 2010.

uma condição de cidadania, sendo parte do próprio desenvolvimento de um país. Gadelha afirma que “não há país que possa ser considerado como desenvolvido com a saúde precária”.¹⁹⁰ Assim sendo, pode-se afirmar que avanços nos sistemas de saúde dos PALOP e do Brasil podem ajudar a levar esses países a melhores condições econômicas e sociais, principalmente aqueles países mais pobres, como são os casos de Moçambique, Guiné-Bissau e Angola. O aprendizado brasileiro ao longo do final dos anos 80, anos 90 e anos 2000 em relação a melhorias em seu sistema de saúde, a quebras das patentes de remédios, aos genéricos pode e deve ser compartilhado com seus parceiros das relações Sul-Sul. Essas parcerias trazem benefícios também ao Brasil, que desfruta dos aprendizados através da troca de experiências oriundas dessas relações. Além disso, é possível dizer que essa expansão brasileira no cenário internacional faz parte de um projeto do país de busca de uma liderança dos países em desenvolvimento, no qual é importante conseguir o apoio dessas nações e isso se dá também através da cooperação internacional.

É nítido que houve avanços nas relações entre o Brasil e os PALOP, o que causa certo estranhamento quando se constata que, apesar dos PALOP serem países considerados prioritários na agenda da política externa brasileira, há uma carência de materiais sobre esses países e sobre suas relações com o Brasil. Os estudos africanistas ainda não são tão difundidos no Brasil e até mesmo o governo brasileiro, incentivador dessa aproximação com a África e com os PALOP, não possui um acervo muito amplo relativo aos países africanos acessível à população. Como exemplo se pode citar o Departamento da África do MRE¹⁹¹, que poderia divulgar a cultura dos países africanos e difundir aspectos dessas sociedades, mas que, no entanto, apresenta poucos materiais sobre o continente. Esse trabalho também teve como motivação a aposta em um futuro mais próspero dos PALOP e um estreitamente ainda maior das relações entre o Estado Brasileiro e os Estados Angolano, Cabo Verdiano, Guineense, Moçambicano e Tomense, o que torna as relações entre o Brasil e os PALOP um campo de estudo interessante e com uma tendência a expansão.

A falta de materiais relativos aos PALOP é notada também quando se trata especificamente de saúde, área na qual se percebe uma escassa sistematização das informações

¹⁹⁰ GADELHA, Carlos Augusto. *Desenvolvimento e saúde: em busca de uma nova utopia*. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 29, nº 71, set./dez. 2005, pág. 328

¹⁹¹ Cujo site pode ser acesso no <http://www2.mre.gov.br/deaf>

sobre seus sistemas de saúde. Nesse sentido, diversas ações de cooperação internacional envolvendo o Brasil, a OMS, entre outros, vêm sendo desenvolvidas, o que é de vital importância, pois possibilitada que se possa verificar quais são as principais demandas e os principais problemas dos países envolvidos e ajuda a tornar a cooperação em uma ajuda mais efetiva.

Por fim, espera-se que o novo governo, que assume em 1º de janeiro de 2011, esteja disposto a seguir com os esforços implementados no atual governo. Há expectativas brasileiras e africanas nesse sentido, afinal, a nova Presidente, Dilma, Rousseff, além de ser do mesmo partido de Luiz Inácio Lula da Silva, tem dado sinais de que pretende seguir com uma política externa que também priorize as relações Sul-Sul e que tenha desejo de se aproximar ainda mais do continente africano. Fica, assim, a Fábrica de Antirretrovirais e Outros Medicamentos, na Matola, Moçambique, e a Fiocruz África, em Maputo, ambos em Moçambique, como tendo um grande potencial para ajudar a desenvolver melhores condições não apenas de saúde, mas também, melhores condições econômicas e sociais, inicialmente, em Moçambique e nos outros PALOP e, futuramente, em todo o continente africano, de modo que todo país africano possa vir a se desenvolver e a oferecer a sua população condições de vida dignas e justas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABC – Cooperação Sul-Sul: PALOP, Angola. Disponível em:
< <http://www.abc.gov.br/projetos/cooperacaoPrestadaAfricaPALOP.asp>> Acesso em 18 nov. 2010.

_____ – Cooperação Sul-Sul: PALOP, Guiné-Bissau. Disponível em:
<<http://www.abc.gov.br/projetos/cooperacaoPrestadaAfricaPALOP.asp>> Acesso em: 26 out. 2010.

_____ – Cooperação Sul-Sul: PALOP, São Tomé e Príncipe. Disponível em
<<http://www.abc.gov.br/projetos/cooperacaoPrestadaAfricaPALOP.asp>> Acesso em: 26 out. 2010

_____. Projetos Cooperação Sul-Sul Cooperação Brasil-PALOP – Guiné-Bissau. Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/projetos/cooperacaoPrestadaAfricaPALOP.asp>> Acesso em: 18 nov. 2010.

_____. Projetos Cooperação Sul-Sul Cooperação Brasil-PALOP – São Tomé e Príncipe. Disponível em:
<<http://www.abc.gov.br/projetos/cooperacaoPrestadaAfricaPALOP.asp>> Acesso em: 26 out. 2010.

Agência Fiocruz de notícias. Fiocruz é convidada a ser observadora consultiva da CPLP. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=756&sid=9>> Acesso em: 17 nov. 2010.

_____. Fiocruz forma primeira turma de pós-graduação em Moçambique. Disponível em: < <http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=2537&sid=9>> Acesso em: 18 nov. 2010.

_____. Inaugurado em Moçambique o primeiro escritório internacional da Fiocruz. Disponível em: < <http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=2094&sid=9>> Acesso em: 16 nov. 2010.

_____. Temporão recebe ministros da Saúde da Tailândia e de Moçambique na Fiocruz. Disponível em:
<<http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=1147&sid=9>> Acesso em: 17 nov. 2010.

ALMEIDA, Célia et alii. *A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde*. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde. Rio de Janeiro, v.4, n.1, mar., 2010.

AMORIM, Celso. Discurso do Ministro Celso Amorim na 60ª Assembléia Mundial da Saúde - Genebra, 15 de maio de 2007.

_____. Discurso proferido pelo Embaixador Celso Amorim por ocasião da Transmissão do Cargo de Ministro de Estado das Relações Exteriores. 01 de janeiro de 2003.

Assembleia Constituinte. *Constituição da República de Angola*. Luanda, 2010.

Assembleia Nacional de Cabo Verde. Lei nº 41/VI/2004.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília.

BUSS, Paulo. *Cooperação Sul-Sul: a Experiência de Cooperação Internacional em Saúde*. III CNPEPI. Brasília, 2009.

CAMPELO, Gustavo Guimarães. *Cooperação em CT&I Brasil - Cabo Verde*. Diplomacia Científica: II Curso de Cooperação Internacional em Ciência, Tecnologia e Inovação Coletânea de artigos. Brasília, 2010.

CEPALUNI, Gabriel. *Regimes Internacionais e o Contencioso das Patentes para Medicamentos: Estratégias para Países em Desenvolvimento*. Contexto Internacional. Rio de Janeiro, vol. 27, nº 1, jan/jun, 2005.

CHAVES. Fábio Meneghetti. *Cooperação em CT&I Brasil - Cabo Verde*. Diplomacia Científica: II Curso de Cooperação Internacional em Ciência, Tecnologia e Inovação Coletânea de artigos. Brasília, 2010.

CINTRA, Rodrigo *et alii*. *Política externa no período FHC: a busca de autonomia pela integração*, in Tempo Social, USP: São Paulo, novembro de 2003.

Constituição da República de Moçambique, 2004.

CPLP. *Histórico*. Disponível em: <<http://www.cplp.org/id-45.aspx>> Acesso em : 23 maio 2010.

Custo por paciente de AIDS caiu de US\$ 4.700 para US\$ 2.500. Folha de São Paulo. Ciência, 24 de fevereiro de 2002

Departamento da África do Ministério das Relações Exteriores. *Embaixadas do Brasil na África*.

Dilma.com.br. O Brasil no mundo. Disponível em: <http://www.dilma.com.br/paginas/o-brasil-mudou/o-brasil-no-mundo/> Acesso em. 19 nov. 2010.

Direcção Nacional dos Recursos Humanos do MINSA: Relatório de Actividades de 2006, Luanda 2007.

Embaixada do Brasil em São Tomé e Príncipe. Apoio ao Controle e à Prevenção da Malária em São Tomé e Príncipe. Disponível em: <http://www.embrasil-stp.org/spip.php?article109> Acesso em 18 nov. 2010.

_____. Nota sobre São Tomé e Príncipe e suas relações com o Brasil. Disponível em: <http://www.embrasil-stp.org/spip.php?article72> Acesso em: 18 nov. 2010.

Fiocruz. Conheça a Fiocruz - Fiocruz África. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infol=4496&sid=10> Acesso em: 15 nov. 2010.

FOLLAND, Sherman; GOODMAN, Allen C.; STANO, Miron. The Economics of Health and Health Care. 6ª edição. New Jersey: Prentice Hall, 2010

France Presse, Genebra. Como outros países pobres, Brasil luta contra laboratórios. Folha de São Paulo. Ciência, 24 de agosto de 2001.

FRANCO, Itamar. XVIII Discurso do Senhor Presidente da República, Itamar Franco, por ocasião do jantar oferecido pelo Embaixador José Aparecido e a Senhora Sarah Kubitschek aos Chanceleres de língua portuguesa, no Memorial JK. Discursos Seleccionados do Presidente Itamar Franco: FUNAG, Brasília, 2008.

Gallo, Edmundo, De Castro, Janice, Costa, Joseane, Studart, Vivian, Wilecke, Sandra. Saúde, Desenvolvimento e Globalização. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 29, nº 71, set./dez. 2005.

GONÇALVES, Israel Aparecido; MANDUCA, Paulo César. *A Missão de Paz em Angola: Sua estrutura interna e características políticas*. Disponível em: http://www.abed-defesa.org/page4/page8/page9/page18/files/IGoncalves_PManduca.pdf

Governo da República de Cabo Verde – Ministério da Saúde. *Missão do Ministério da Saúde*. Disponível em: http://www.minsaude.gov.cv/index.php?option=com_content&task=view&id=54&Itemid=86 Acesso em: 3 nov. 2010.

Governo de Cabo Verde. Constituição da República de Cabo Verde.

Governo de Guiné-Bissau. *Constituição da República de Guiné-Bissau*.

Governo de Moçambique. Informação Geral sobre Moçambique. Disponível em: <<http://www.portaldogoverno.gov.mz/Mozambique>> Acesso em: 04 out. 2010.

_____. *Report On The Millennium Development Goals Republic Of Mozambique*. 2010.

Governo distribui 12 medicamentos do coquetel anti-AIDS. Folha de São Paulo. São Paulo, Ciência, 26 de junho de 2001.

IBGE. Países. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/paisesat/main.php>> Acesso em: 5 nov. 2010.

Instituto Nacional de Estatística, 2004. Final Report on the Family Budget Survey, 2002/03 Disponível em; <<http://www.ine.gov.mz>> Acesso em: 04 out. 2010.

Instituto Nacional de Estatística de Guiné-Bissau. *Quadro físico*. Disponível em: <http://www.stat-guinebissau.com/pais/index_quadro_fisico.htm> Acesso: 03 nov. 2010.

Instituto Oswaldo Cruz. IOC recebe representantes do Ministério da Saúde de Moçambique para capacitação em biossegurança. Disponível em: <http://www.ioc.fiocruz.br/pages/informerede/corpo/noticia/2007/fevereiro/07_02_07_01.htm> Acesso em: 17 nov. de 2010.

Laços Sul – Sul. Disponível em < <http://www.aids.gov.br/lss/> > Acesso em 11 de julho de 2010.

LOPES, Alberto Oliveira. Triste *Realidade da Saúde Pública Guineense*. 2009.

MALLMANN, Luciane Cristine. *Cooperação no setor de políticas sociais: da bilateralidade Brasil-África do Sul à multilateralidade IBAS*. 2009. Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Porto Alegre, BR-RS, 2009. Ori.: Visentini, Paulo Gilberto Fagundes.

MELLO, Fernando Collor de. Presidente da República (1990-92). Entrevista concedida a Claudio de Oliveira Ribeiro. Maceió, 2006.

Mercados desbravados com disposição ao risco. Valor Multinacionais Brasileiras. Ano 3 núm. 3, 2010.

MIGNONE, Ricardo; MADUEÑO, Denise. *Brasil quebra patente de remédio contra Aids*. Folha de São Paulo. São Paulo, Ciência, 22 de agosto de 2001.

Ministério da Saúde – Grupo Temático de Cooperação Internacional em Saúde. *Cooperação Brasil – Moçambique na Área da Saúde*, 2010.

Ministério da Saúde da República Democrática de São Tomé e Príncipe. *Política Nacional de Transfusão de Sangue*. 2006.

Ministério das Relações Exteriores. *Comércio Exterior com a África*. Disponível em <http://www.braziltradenet.gov.br/ARQUIVOS/IndicadoresEconomicos/ComExtAfricaE.pdf> Acesso em 24 de outubro de 2010.

_____. Endereços de consulados estrangeiros no Brasil. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/listacorpodiplo.htm> Acesso em: 27 de out. 2010.

MRE. *South-South Cooperation Activities Carried Out By Brazil*, Secretariado Geral para Cooperação e Promoção Comercial, 2007.

MRE. Visita ao Brasil do Presidente da Guiné-Bissau, Malam Bacai Sanhá – Comunicado Conjunto. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/sala-de-imprensa/notas-a-imprensa/visita-ao-brasil-do-presidente-da-guine-bissau-malam-bacai-sanha-2013-comunicado-conjunto-2013-brasilia-25-de-agosto-de-2010>> Acesso em: 18 nov. 2010.

Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio. *Balança Comercial Brasileira de Setembro de 2010*.

_____. *Missões Empresariais*. Disponível em http://www.desenvolvimento.gov.br/sistemas_web/missoes Acesso em 25 de outubro de 2010.

Ministério do Planeamento da República de Angola. *Estratégia de Combate à Pobreza*, Luanda, 2003.

_____. *Estratégia de combate à pobreza: Reinserção Social, Reabilitação e Reconstrução e Estabilização Económica*, Luanda, Angola, 2007.

Ministério do Planeamento/PNUD Angola. *Objectivos do desenvolvimento do Milénio*. Luanda, 2005.

OMS Escritório Regional Africano. *Estratégia de Cooperação da OMS com os Países 2009-2013 Angola*, 2009.

_____. *Estratégia de Cooperação da OMS com os Países 2009-2013 Cabo Verde*, 2009.

_____. *Estratégia de Cooperação da OMS com os Países 2009-2013 Guiné-Bissau*, 2009.

_____. *Estratégia de Cooperação da OMS com os Países 2009-2013 São Tomé e Príncipe*. 2009.

_____. *WHO Country Cooperation Strategy 2009-2013 Mozambique*, 2010.

OMS. *Country Health System Fact Sheet 2006 Mozambique*. 2006.

_____. Cabo Verde dados estatísticos. 2006.

_____. *Estratégia de Cooperação Resumo São Tomé e Príncipe*. 2009.

_____. *Country Cooperation Strategy at a glance Mozambique*. 2009.

_____. *Country Health System Fact Sheet 2006 Guinea-Bissau*. 2006.

_____. *Country Health System Fact Sheet 2006 São Tomé and Príncipe*. 2006.

_____. *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. 2008.

_____. *Stratégie de Coopération, un aperçu, Cap Vert*. 2009.

_____. *Stratégie de Coopération, un aperçu, Guinée-Bissau*. 2009.

_____. *Technical Cooperation Strategy for PAHO/WHO and the Federative Republic of Brazil, 2008-2012*. Brasília, 2007.

_____. *WHO Country Cooperation Strategy 2009-2013 Mozambique*. WHO Regional Office for Africa, 2009.

_____. *Working together for health - The World Health Report 2006*. Geneva: WHO Press, 2006.

ONU. *Angola UNAVEM III*. Disponível em:

<http://www.un.org/en/peacekeeping/missions/past/unavem_p.htm> Acesso em: 24 maio 2010

PIMENTEL, José Vicente. *Relações Internacionais entre Brasil e a África Subsaariana*. Revista Brasileira de Política Internacional, ano 43, n.2, 2000.

Portal do Comando Militar do Nordeste. Disponível em: <<http://www.cmne.eb.mil.br/haiti/soloafricano.html>> Acesso em: 24 maio 2010

Presidência da República – Secretaria de Imprensa e Divulgação. *Viagens Internacionais do Presidente da República/2003*.

Presidência da República – Secretaria de Imprensa e Divulgação. *Viagens Internacionais do Presidente da República/2004*.

Presidência da República – Secretaria de Imprensa e Porta-Voz. *Viagens Internacionais do Presidente da República/2005*.

Presidência da República – Secretaria de Imprensa e Porta-Voz. *Viagens Internacionais do Presidente da República/2006*.

Presidência da República – Secretaria de Imprensa. *Viagens Internacionais do Presidente da República/2007*.

Presidência da República – Secretaria de Imprensa. *Viagens Internacionais do Presidente da República/2008*.

Presidência da República – Secretaria de Imprensa. *Viagens Internacionais do Presidente da República/2009*.

Presidência da República – Secretaria de Imprensa. *Viagens Internacionais do Presidente da República/2010*.

Programa Multiplica SUS. *Sistema Único de Saúde – SUS*. 2006.

Projeto de Instalação da Fábrica de Antirretrovirais e Outros Medicamentos, 2010.

Propostas da Coligação Para o Brasil Seguir Mudando (PT / PMDB / PSB / Pcdob / PDT / PR / PRB / PTN / PSC / PTC).

República de Angola. *Política Nacional de Saúde 5º esboço*. Luanda, 2009.

República de Angola. *Política Nacional de Saúde 5º esboço*. Luanda, 2009.

República de Guiné-Bissau. *Plano de Gestão de Resíduos Biomédicos*.

RIBEIRO, Claudio Oliveira. *Relações político-comerciais Brasil-África (1985-2006)*. 2007. Tese (Doutorado em Ciências Políticas) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2007.

RIZZI, Kamilla Raquel. *Relações Brasil-Angola no pós-guerra fria: os condicionantes internos e a via multilateral*. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais, Porto Alegre, BR-RS, 2005. Ori.: Vizentini, Paulo Gilberto Fagundes.

SANTOS, José Eduardo dos. *Discurso do Presidente de Angola, José Eduardo dos Santos em visita oficial ao Brasil*. 24 de junho de 2010.

Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. *ABC do SUS Doutrinas e Princípios*. Brasília, 1990.

Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. *ABC do SUS Doutrinas e Princípios*. Brasília, 1990.

Secretariado Geral para Cooperação e Promoção Comercial. *South-South Cooperation Activities Carried Out By Brazil*. 2007.

SILVA, André Luiz Reis da. *Do Otimismo Liberal à Globalização Assimétrica: a Política Externa do Governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002)*. Curitiba: Juruá, 2009.

SILVA, Luiz Inácio da. Pronunciamento do Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, na sessão solene de posse no Congresso Nacional. Brasília. 01 de janeiro de 2003.

_____. Discurso durante sessão de abertura da Cúpula Brasil – Comunidade Econômica dos Estados da África Ocidental (Cedeao). 2010.

TELES, Jorge - Entrevista à RTP - *Oficina de Cooperação Sul-Sul no Domínio da Educação e Formação de Jovens e Adultos da CPLP*. Maputo, Moçambique. 26 out. 2010.

UNDP, 2008. Human Development Report 2007/2008. New York.

_____. *Country profile of human development indicators 2010 Brazil*. Disponível em: <<http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/BRA.html>> Acesso em: 14 nov. 2010.

_____. *Country profile of human development indicators 2010 Cape Verde*. Disponível em: <<http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/CPV.html>> Acesso em 14 nov. 2010.

_____. *Country profile of human development indicators 2010 Mozambique*. Disponível em: <<http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/MOZ.html>> Acesso em: 14 nov. 2010.

_____. *Country profile of human development indicators 2010 Sao Tome and Principe*. Disponível em: <<http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/STP.html>> Acesso em: 14 nov. 2010.

_____. *Human Development Report 201*. New York: Palgrave Macmillan, 2010.

_____. *Human Development Report 2010 - Brazil*. Disponível em: <http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/BRA.html> Acesso em: 5 nov. 2010.

_____. *Human Development Report 2010 - Country Profiles*. Disponível em: <<http://hdr.undp.org/en/statistics>>

_____. *Human Development Report 2010*. Disponível em <http://hdr.undp.org/en/statistics> Acesso em 5 nov. 2010.

United Nations. *The Millennium Development Goals Report 2010*. New York, 2010.

United Nations. *The Millennium Development Goals Report 2010*. New York, 2010.

VISENTINI, P. G. F.; PEREIRA, A. D. *A Política Africana do Governo Lula*. Disponível em <http://www6.ufrgs.br/nerint/folder/artigos/artigo40.pdf> Acesso em 25 de maio de 2010.

VISENTINI, Paulo Fagundes, RIBEIRO, Luiz Dario, PEREIRA, Analucia Danilevicz. *Breve História da África*. Porto Alegre: Leitura XXI, 2007.

VISENTINI, Paulo. *A África Moderna*. Porto Alegre: Leitura XXI, 2010, pág.109.

WALSH, Declan. *Kenyan Aids orphanage declares war on the drugs company giants*. Independent. Nairobi, 22 de fevereiro de 2001

WANE, Marílio. *O Brasil de Lula em Moçambique*. Disponível em: <http://www.pambazuka.org/pt/category/features/68735>> Acesso em: 25 nov. 2010.