


### Paradoxos e contradições na saúde sob o efeito das pressões globais: o caso do espaço geopolítico Portugal-Brasil-África

Paradojas y contradicciones en la salud bajo la influencia de las presiones globales: el caso del espacio geopolítico Portugal-Brasil-África

**Graça Maria Gouveia da Silva Carapinheiro<sup>(a)</sup>**

<graca.carapinheiro@iscte-iul.pt> 

<sup>(a)</sup> Departamento de Sociologia, Centro de Investigação e Estudos em Sociologia, ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa. Avenida das Forças Armadas, 36, 1649-026. Lisboa, Portugal.

O Sistema Único de Saúde (SUS) corresponde a um projeto de sociedade e de desenvolvimento do Brasil. Em 1988, pela primeira vez, a Constituição da República Federativa do Brasil reconheceu o direito à saúde como um direito social e como um dever do Estado (art.º 196), mediante políticas económicas e sociais que deveriam garantir o acesso universal e gratuito. Tendo o Brasil um tamanho geográfico e administrativo incomparavelmente maior que Portugal, a descentralização do SUS viabilizou uma estratégia de gestão municipal, estadual e federal, de forma a salvaguardar diversidades económicas, sociais e sanitárias do país, sendo que, em primeiro lugar, é nos municípios que se situam as decisões mais importantes da gestão da saúde das populações. Este brevíssimo esboço mostra um sistema de saúde que enfrenta realidades muito heterogéneas e complexas. Mas o que se queria mostrar é que, em nível nacional, Portugal e Brasil enfrentam desafios de governação e regulação sob os efeitos de determinantes supranacionais e transnacionais.

Vamos colocar-nos neste plano. Com antecedentes fragmentados e dispersos, desde os anos 1940/1950 do século XX, a globalização da saúde ganhou força e organizou-se

segundo o eixo norte-sul, a partir de orientações, recomendações e diretivas de gestão global, protagonizadas por organismos internacionais da América e da Europa (Organização Mundial de Saúde - OMS; Organização das Nações Unidas - ONU; Banco Mundial - BM; Organização Mundial do Comércio - OMC; Fundo Monetário Internacional - FMI; Organização Internacional do Trabalho - OIT, etc.), só para nomear os mais importantes, que têm detido a posição de atores dominantes na definição e implementação das estratégias de saúde global, abarcando, portanto, formas de organização da saúde de populações de regiões do mundo com uma enorme diferenciação entre si, não apenas geográfica, mas, sobretudo, em termos da sua posição estrutural nos processos de globalização.

A chamada cooperação norte-sul no âmbito da saúde tem obedecido às formas dominantes da globalização hegemónica, articuladas ao capitalismo e à governação global, contendo processos sociais mediante os quais as fronteiras dos estados soberanos enfraquecem quando expostas aos impactos globais sobre os processos sociais e culturais da governação local da saúde<sup>1</sup> (p. 9), forçando o declínio ou a erosão da soberania dos estados nacionais, comprimindo o espaço e o tempo e intensificando, cada vez mais, as interdependências e as interconexões das relações sociais da saúde em nível mundial<sup>2</sup> (p. 51). A distinção entre o global e o local torna-se mais complexa e problemática, porque as relações de dominação do global sobre o local não operam sem as possibilidades de resistência (mais ou menos organizada) ou de resiliência (mais forte ou mais fraca) do local sobre o global, emergindo formas diferenciadas de globalismos localizados<sup>3</sup> (p. 297), como é o caso de Portugal e do Brasil onde, como vimos, se reconhecem as influências dos países centrais do hemisfério norte nas semelhanças dos seus projetos nacionais de saúde, mas onde se misturam os aspetos (correto em Portugal) das suas diferenças de países semiperiféricos, no hemisfério norte, no caso de Portugal, e, no hemisfério sul, no caso do Brasil. Que aspetos exprimem essas diferenças?

Como a globalização hegemónica não é homogénea, contém outras formas de globalização que tanto podem reforçar as pressões e tensões provocadas pelos efeitos da saúde global [para Portugal é o caso das determinantes supranacionais para a saúde oriundas da União Europeia e, para o Brasil, é o caso das determinantes supranacionais para a saúde do Bloco Mercosul – Mercado Comum do Sul], como podem produzir efeitos que, apresentando-se como potencialmente emancipadores e contra-hegemónicos (ou seja, com propostas de agendas alternativas à globalização norte-sul), acabam por reproduzir os processos e os mecanismos do poder global, como é o caso da criação do BRIC (Brasil; Rússia; Índia; China), em que os países aspiram a posicionarem-se como parceiros dos países mais poderosos, continuando a acionar o modelo do capitalismo global, só que não já assente nos Estados Unidos, mas na lógica de desenvolvimento dos países considerados como potências emergentes (assim se explica, por exemplo, a ideia da criação do Banco do Sul no Brasil como alternativa ao Banco Mundial).

Este enquadramento é importante para determinar com mais precisão a posição de Portugal e Brasil no contexto político da governação da saúde global, não apenas na cooperação vertical norte-sul, mas, mais importante para esta análise, também na cooperação horizontal sul-sul, ou seja, por alargamento do eixo Portugal-Brasil à África, para deslocarmos de um eixo central da economia global para um eixo

periférico/excluído dessa economia, onde as disparidades de saúde explodem em múltiplas direções, que não se reduzem aos “velhos problemas de saúde” da AIDS, da malária e da tuberculose, mas que carregam o designado “duplo fardo da doença”: epidemias que emergem e reemergem (o caso do ébola); doenças cardiovasculares; diabetes; obesidade; neoplasias; doenças mentais; e as resultantes de alterações climáticas, em contextos marcados pela pobreza, fome e desnutrição, pela mortalidade infantil, pela mortalidade materna, pela baixa esperança de vida à nascença, sem condições de resposta às necessidades de saúde, porque os serviços de saúde são frágeis e os recursos humanos são escassos, com lacunas de formação científica e técnica e mal pagos.

Vejamos a máquina que faz operar este arco de estratégias geopolíticas. O sul de que estamos a falar não é um sul geográfico. É um sul geopolítico, é um sul epistémico, que engloba territórios de saúde governados por atores e instituições que coincidem política e ideologicamente com os que gravaram a sua tradicional lógica globalizadora de desenvolvimento na cooperação multilateral para a saúde, mas acrescido de outros atores globais, que reproduzem essa lógica no sul, quer a partir do Brasil, na cooperação estabelecida com os países da América do Sul (UNASUL Saúde) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), quer a partir da cooperação conjunta de Brasil e Portugal, organizada pela Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), a partir da criação do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde, em 1996 (Brasil nas Américas; Portugal na Europa; Timor Leste na Ásia e cinco países em África - Angola, Moçambique, Guiné-Bissau, Cabo Verde e St. Tomé e Príncipe).

Traçar os contornos político-administrativos dessas duas cooperações obrigaria a descrever redes emaranhadas de organismos internacionais que envolveriam, para além das regiões e países do sul, as regiões e países do norte, num novelo apertado de interesses transversais às suas relações de interdependência global e local, entre planos políticos, objetivos técnicos e formas de ação no terreno, com a produção de relatórios sem fim, cheios de nomenclaturas e modelos abstratos que tornam pouco inteligíveis as ações desenvolvidas e as metas alcançadas – metas estas criadas e recriadas em acordos, consensos e tratados, ao longo de infindáveis reuniões realizadas em todo o mundo, entre responsáveis políticos internacionais e as suas comitativas técnicas...acima de tudo, muito longe do conhecimento dos territórios envolvidos, das suas populações locais, das suas condições de vida, das suas representações do mundo e da natureza, das suas culturas e saberes terapêuticos. Esse alheamento e distanciamento é tão aviltante para quem assume funções políticas na saúde que:

*A former Minister of Health of Mozambique, while examining the cooperation processes in his country, once said: When I was appointed minister, I thought I was the Minister of Health and, therefore, responsible for the health of the country. Instead, I found I was the minister for health projects run by foreigners<sup>4</sup>. (p. 87)*

Mas que noções fazem mover esta máquina de cooperação?

Cruzam-se muitas noções, no campo da cooperação na saúde, justificadoras das formas de cooperação postas em marcha. As mais comuns são: a “saúde internacional”, a “diplomacia na saúde”<sup>5,6</sup> e a “saúde global”.

A noção de “saúde internacional” foi cunhada em 1913 pela Fundação Rockefeller (Estados Unidos), embora as suas raízes remontem ao século XIX, nas primeiras tentativas de cooperação internacional para o controle e prevenção de doenças infectocontagiosas, sobretudo as disseminadas por via marítima, para proteção dos interesses sanitários e comerciais. No século XX esse programa mantém-se e as ações desenvolvidas alargaram-se ao combate à desnutrição, à mortalidade materna e infantil e às atividades de assistência técnica, principalmente nos países denominados menos desenvolvidos<sup>7</sup>, fundamentadas em bases médicas e biológicas e em relações assistencialistas<sup>8</sup>. Também é, portanto, um conceito do século XX, que contém as visões naturalizadas do poder diferencial entre países ricos e pobres e do desenvolvimento desigual, que legitimam a hierarquização dos países que assistem e dos países que são assistidos, segundo os termos mais comuns da chamada “ajuda internacional”:

most initiatives in international health are not shared between ‘equivalent’ nations; they reflect the international political and economic order, in which international ‘assistance’ is ‘provided’ by rich and industrialized nations and ‘received’ by poor and underdeveloped countries. [...] The international assistance reflects geopolitical relations and replicates inequalities in power and resources<sup>9</sup>. (p. 62-3)

Na segunda designação, “diplomacia da saúde”, destaca-se a ideia de que os fatores de saúde que extravasam as fronteiras nacionais e que ficam mais sujeitas às influências globais poderão ganhar uma melhor coordenação se os assuntos da saúde se ligarem aos assuntos das relações diplomáticas. Trata-se da sugestão de uma visão protecionista/paternalista que acaba por assentar na reprodução do modelo desigual de relações de força, que protege apenas os já protegidos, sem proteger os mais desprotegidos.

Assim, as noções e as ideias que subjazem à cooperação na saúde transportam um lastro histórico-ideológico que a ideia da saúde global não consegue superar, até porque não há consenso sobre o que seja saúde global, não há uma única definição que a delimite, e nunca poderá haver, porque o seu campo de ação tem limites imprecisos, por vezes ilimitados. Não estamos apenas colocados nos planos meramente técnicos e diplomáticos das práticas assistencialistas sobre os mais pobres, mas numa gigantesca arena de poder que reconverteu os fins da cooperação nos fins da dominação económica, política, cognitiva e ética, em que não há lugar para as escolhas locais dos recursos, dos conhecimentos e das políticas e sistemas de saúde que melhor se adequem a padrões culturais variáveis dos territórios que são objeto da cooperação.

A este propósito, o caso da cooperação técnica brasileira em saúde com Moçambique (entre 2000 e 2014) é paradigmática, como instrumento de análise das relações de cooperação sul-sul. Moçambique é o maior parceiro brasileiro em número de projetos e volume de recursos. Esta cooperação utilizou o modelo típico de país em desenvolvimento e, com Moçambique, o Brasil inverteu o seu papel histórico, de receptor de cooperação para provedor de cooperação, seguindo os moldes de desenvolvimento da governança global para melhorar os sistemas de saúde, por meio da triangulação com a OMS e a sua agência interamericana (OPAS).

O discurso oficial brasileiro justificador da cooperação técnica prestada ao continente africano enfatiza, além da “dívida histórica”, advinda da escravidão, e da solidariedade como princípio da política externa brasileira, um suposto “passado comum”, promotor de afinidades histórico-culturais e de “problemas comuns”. De fato, há semelhanças e afinidades entre os brasileiros e muitos africanos, o que é bastante relatado pelos moçambicanos. Todavia, não se deve negligenciar as diferenças culturais existentes entre os países africanos e entre eles e o Brasil. O discurso da África como uma unidade monolítica é deveras criticado, em nada correspondendo à realidade sociocultural e política do continente, absolutamente plural<sup>10</sup>. (p. 2272)

Na análise aos entraves e dificuldades percebidos sobre essa cooperação, grande parte dos discursos varia entre a atribuição das responsabilidades aos países africanos e aos seus fatores de instabilidade política, até a excessiva centralização das decisões nos governos nacionais que lideram a cooperação. Mas não deixa de ser feita uma avaliação crítica sobre os interesses que se movem num processo de cooperação como esse: é problemático trabalhar em rede com pessoas de diferentes formações e conhecimentos; os executores dos projetos ressentem-se de situações de estranhamento cultural; a gestão de informação é difícil e com muitas falhas, sendo a maior parte da comunicação realizada por meios virtuais, o que torna impeditiva a participação dos poucos técnicos locais; registam-se inúmeras disputas geopolíticas entre os doadores tradicionais de recursos e a China, que procura espaço geoeconómico e político no continente africano, mas os próprios doadores tradicionais envolvem-se em disputas entre si quando estão envolvidas transferências tecnológicas de valor avultado, como no caso dos medicamentos moçambicanos para a AIDS, integralmente doados pela ajuda internacional do norte, que têm sido objeto de cobiça de governos e empresas privadas ao longo dos mais de dez anos de projeto, com tentativas de sabotagem da fábrica que os produz, a única fábrica de medicamentos antirretrovirais e de medicamentos genéricos do país.

Numa leitura de dentro para fora, os africanos reivindicam autonomia decisória para encontrar soluções nacionais para os seus desafios na área social e da cidadania. Possuem uma consciência acrescida de que os povos e as nações africanas no século XXI, principalmente as suas elites, têm de estar voltadas para a construção do futuro.

A mais importante iniciativa, emblemática da autoconfiança que se expande no seio da inteligência política do continente, foi o lançamento da Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano (Nepad), em 2001. Ao reivindicarem a capacidade de construção de seu futuro, as lideranças africanas procuram um lugar mais ativo e menos subsidiário na globalização hegemónica assimétrica, atraindo para si a responsabilidade de superação do grau marginal de inserção ao qual o continente foi submetido na década de 1990.

Estaremos a assistir à emergência de novas configurações éticas dos contextos africanos, em que mais participação reforce a capacitação inventiva e permita que se joguem estratégias locais de convergência cruzada de formas de conhecimento desvalorizadas pelo conhecimento hegemónico da biomedicina? Ainda não sabemos.

O que sabemos é que Brasil e Portugal aparecem como “países duplicados” por duas lógicas de posicionamento face às estratégias políticas de saúde global: uma, de fora

para dentro, de adesão e conformismo aos regimes de governação e regulação global dos seus sistemas nacionais de saúde, onde imperam a liberalização, a desregulação e a privatização, como políticas neoliberais do capitalismo; outra, de dentro para fora, de produção da imposição de regimes de cooperação na saúde norte-sul (Portugal-Brasil) e de cooperação sul-sul (Brasil-África), reprodutoras das desigualdades globais sobre sistemas de saúde, inexistentes ou inacabados, de outros continentes (neste caso, África), onde ressaltam as políticas neocolonialistas, sob a forma de “saúde humanitária”, “saúde internacional” e “diplomacia na saúde”.

Deixo duas propostas particularmente instigantes, no âmbito da teoria espacial da justiça, de Soja<sup>11</sup>, quando na sua obra – *Seeking Spatial Justice* –, cria a ideia de “geografias injustas” considerando que elas são produzidas não só ao nível mesogeográfico (escala supranacional), mas também ao nível “exógeno” e “endógeno”. A outra refere-se ao trabalho de Göran Therborn<sup>12</sup> – *Inequalities of the World, New Theoretical Frameworks, Multiple Empirical Approaches* – que aponta para a pertinência analítica de mecanismos de desigualdade, como o “distanciamento”, a “exclusão”, a “hierarquização” e a “exploração”

Estas perspetivas ajustam-se bem aos processos que estivemos a analisar.

### Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



### Referências

1. Waters M. Globalização. Oeiras: Celta Editora; 1999.
2. Giddens A. Um mundo em mudança. In: Giddens A. Sociologia. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2008. p. 48-77.
3. Mandalos J. Modernidade e globalização. In: Turner BS, editor. Teoria social. Lisboa: Difel; 2002. p. 296-9.
4. Buss PM, Ferreira JR. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. RECIIS. 2010; 4(1):86-97.
5. Kickbusch I, Silberschmidt G, Buss PM. Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. Bull World Health Organ. 2007; 85(3):230-2.



6. Buss PM. Global health and health diplomacy. *J Public Health Policy*. 2008; 29(4):467-9.
7. Koplan JP, Bond TC, Merson MH, Reddy KS, Rodriguez MH, Sewankambo NK, et al. Towards a common definition of global health. *Lancet*. 2009; 373(9679):1993-5.
8. Franco-Giraldo A, Álvarez-Dardet C. Salud pública global: un desafío a los límites de la salud internacional a propósito de la epidemia de influenza humana A. *Rev Panam Salud Publica*. 2009; 25(6):540-7.
9. Birn A-E, Pillay Y, Holtz TH. International health agencies. In: *Textbook of international health*. 3a ed. Oxford: Oxford University Press; 2009. p.62-3. Apud Buss PM, Ferreira JR. Critical essay on international cooperation in health. *RECIIS*. 2010; 4(1):86-97.
10. Pereira EMB. Análise dos principais desafios e entraves para a cooperação técnica internacional em saúde Brasil-Moçambique. *Cienc Saude Colet*. 2017; 22(7):2267-76.
11. Soja EW. *Seeking spatial justice*. Minneapolis: University of Minnesota Press; 2010.
12. Therborn G, editor. *Inequalities of the world: new theoretical frameworks, multiple empirical approaches*. Londres: Verso; 2006.

Submetido em 16/08/2018.  
Aprovado em 23/08/2018.