



RELATO DE EXPERIÊNCIA
Curso visa qualificar usuários e gestores para aprimorar o sistema de saúde brasileiro.

Fundação Rockefeller e Fundação Bill & Melinda Gates: a filantropia que define os rumos da saúde internacional/global



SUMÁRIO

2

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Participação social e gestão em saúde: trabalhadores da saúde e população lado a lado.

7

NOTÍCIAS DA REDE

8

SAÚDE GLOBAL

Filantropocapitalismo: o que esse termo representa para a saúde no mundo? (parte 1)

Caro leitor,

Nesta Revista RETS, a publicação de mais um relato de experiências de formação de trabalhadores técnicos em saúde dá seguimento à ideia de substituir as duas edições especiais, previstas no Plano de Trabalho da Rede, pela divulgação dos relatos enviados de forma contínua em todas as edições da revista. Para que isso ocorra, no entanto, é realmente necessário que as instituições interessadas em divulgar seu trabalho na área de formação nos encaminhem o material de forma adequada (vejam a chamada na seção 'Notícias da Rede', pág. 7).

Além do relato, optamos por dedicar um espaço diferenciado da revista para apresentar um tema bastante polêmico e que vem gerando muitos debates na área da saúde global/internacional: o filantropocapitalismo. Para iniciar esse processo, preparamos uma resenha sobre o artigo 'Filantropocapitalismo, passado e presente: a Fundação Rockefeller, a Fundação Gates e os ajustes da saúde global' de autoria da professora Anne-Emanuelle Birn, da Universidade de Toronto (Canadá). Nosso intuito foi ir além de uma resenha convencional, trazendo para os leitores o máximo possível do texto original, publicado apenas em inglês no Hypothesis Journal, em novembro de 2014. A resenha será publicada em duas partes, e aqueles que desejarem podem enviar comentários sobre o assunto que teremos prazer em publicar.

No artigo, a pesquisadora canadense mostra de que forma os interesses privados conseguem estabelecer os rumos da saúde pública no mundo, afetando a organização dos sistemas nacionais de saúde e, consequentemente, construindo um contexto específico para a formação dos profissionais de saúde em todos os níveis.

Por fim, aproveitamos para dar as boas vindas ao mais novo membro da RETS – a Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto – e nos desculpar pelos recentes atrasos em nossa publicação, esta edição ainda é referente ao último trimestre de 2014, assumindo o compromisso de tentar regular nossa periodicidade até o final deste ano.

Boa leitura!

Secretaria Executiva da RETS

EXPEDIENTE

Ano 6 – Nº 21 – out./nov./dez. 2014
A Revista RETS é uma publicação trimestral editada pela Secretaria Executiva da Rede Internacional de Educação de Técnicos Saúde.
E-mail: rets@epsjv.fiocruz.br

CONSELHO EDITORIAL

Carlos Planel
(EUTM/Udelar – Uruguai)
César Alfaro Redondo
(ETS-UCR – Costa Rica)
Carlos Einisman
(AATMN – Argentina)
Elba Oliveira
(ENS-La Paz – Bolívia)
Isabel Araújo
(UniCV – Cabo Verde)

REVISTA RETS

Ana Beatriz de Noronha
MTB25014/RJ (editora)
Julia Neves (jornalista)

Raphael Peixoto (estagiário de jornalismo)
Marcelo Paixão (designer)
Zé Luiz Fonseca (designer)
Maycon Gomes (designer e imagens)

TRADUÇÃO

Curso de línguas Espaços sem fronteiras limitada LTDA

TIRAGEM

2.500 exemplares

IMPRESSÃO

J. Sholna

SECRETARIA EXECUTIVA DA RETS

Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio
Paulo César de Castro Ribeiro (diretor)

COORDENAÇÃO DE COOPERAÇÃO

INTERNACIONAL
Anakeila Stauffer (coordenadora)
Ana Beatriz de Noronha

Helifrancis Conde
Geandro Ferreira
Roberta de Freitas
Aline Andrea
Julia Neves
Raphael Peixoto

ENDEREÇO

Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio
Av. Brasil, 4365 - Mangueiras -
Rio de Janeiro - RJ - 21040-360
Telefones: 55(21)3865-9730
E-mail: cci@epsjv.fiocruz.br

APOIO

TC41 – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Ministério da Saúde do Brasil e Opas/Brasil



Participação social e gestão em saúde: trabalhadores da saúde e população lado a lado

Adaptado por *Julia Neves**

No Brasil, o **controle social**, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão dos serviços, é considerado fundamental na organização do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado, em 1990, pela Lei nº 8080. Apesar de sua reconhecida importância, ainda hoje permanece o desafio de desenvolver formas efetivas de participação de segmentos populares nas políticas públicas de saúde. Fica, portanto, clara a necessidade de serem formuladas propostas pedagógicas que favoreçam a atuação de segmentos tradicionalmente excluídos das arenas decisórias das políticas públicas, no sentido de viabilizar as diretrizes previstas constitucionalmente.

A partir dessa demanda, foi criado, em 2012, na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) o curso de qualificação em 'Participação Social e Gestão em Saúde', cuja coordenação ficou a cargo, naquela época, dos professores Valéria Cristina Gomes de Castro e Marcello de Moura Coutinho, membros do Laboratório de Educação Profissional e Gestão em Saúde (Labgestão). Voltado para conselheiros de saúde, gestores, trabalhadores da saúde (preferencialmente agentes comunitários e técnicos em saúde) e todos aqueles que se interessem pelo tema, o curso visa qualificar a participação das pessoas nas instâncias de controle social, contribuindo para sua atuação nos processos decisórios do SUS.

O curso, que integrou um projeto de pesquisa do **Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública (PDTSP-TEIAS Manguinhos)** da Fiocruz, foi pensado como um espaço de participação e debate, onde a união de diferentes interesses resultasse na promoção de melhorias efetivas para a vida dos usuários da saúde. Segundo Valéria, esse processo é complexo, contraditório e desafiador, mas indispensável. "Acreditamos em metodologias construídas com envolvimento dos diferentes atores sociais mediante ação coletiva", afirmou.

A primeira turma, com 30 alunos, foi destinada inicialmente à formação de conselheiros de saúde no conjunto de favelas de **Manguinhos**, localizado no entorno da Fiocruz, especialmente moradores e trabalhadores das unidades de saúde da comunidade. No decorrer do curso, houve também participação de pessoas de outras localidades, o que, de acordo com os coordenadores, possibilitou a reflexão e a troca de experiências importantes sobre diferentes realidades.

A Rede PDTSP-Teias teve início formal em junho de 2010, organizada em dois eixos principais: a sub-rede Modelo de Gestão e a sub-rede Abordagem Ecológica em Saúde. Tem o objetivo de desenvolver e avaliar experiências que constituam um modelo de gestão de território integrado de atenção à saúde em Manguinhos, um conjunto de experiências validadas que possa ser utilizado por gestores na implantação de outras Teias ou Redes Integradas de Atenção à Saúde, utilizando a metodologia de Abordagem Ecológica da Saúde.



O Sistema Único de Saúde brasileiro conta com três princípios doutrinários que conferem a sua legitimidade: a universalidade, a integralidade e a equidade. Além dos princípios, deve-se considerar também as diretrizes organizativas que buscam garantir um melhor funcionamento do sistema. São elas: a descentralização com o comando único, a regionalização e a hierarquização dos serviços e controle social, por meio do incentivo da participação popular. Segundo o relatório final da 9ª Conferência Nacional em Saúde, realizada em 1992, a participação, na perspectiva do controle social, possibilita a população interferir na gestão da saúde, colocando as ações do Estado na direção dos interesses da coletividade. O que é público deve estar sobre o controle dos usuários. O controle social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais e, sim, refletir-se no real poder da população em modificar planos e políticas, não só no campo da saúde.

Localizado na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, o bairro de Manguinhos, onde está situado o principal campus da Fiocruz, abriga um conjunto de favelas e comunidades, tais como 'Mandela', 'Amorim' e 'Coreia'.

*Texto original: 'Relato de Experiência: Construção do Curso de Participação Social e Gestão em Saúde'. Disponível no site da RETS (www.rets.epsjv.fiocruz.br), em 'Biblioteca'.

Autores:

Valéria Cristina Gomes de Castro (valeriacaastro@fiocruz.br) e Marcello de Moura Coutinho - Laboratório de Educação Profissional e Gestão em Saúde (Labgestão)/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Epsjv/Fiocruz).



Foto: Maycon Gomes

Representantes da EPSJV/Fiocruz e do Ministério da Saúde na mesa de abertura da aula inaugural da turma 2014, com a socióloga e especialista em movimentos sociais Maria da Glória Gohn.

A população como agente de mudança

No Brasil, os mecanismos de participação da comunidade na gestão da saúde foram implementados com a criação do SUS, por meio das leis 8.080/90 e mais especificamente a partir da lei 8.142/90. Hoje, no entanto, após mais de duas décadas, ainda podem ser observadas inúmeras dificuldades para a garantia de uma participação crítica que possibilite a autonomia e o debate político em todas as esferas do SUS. Como ressalta a coordenação do curso, o conceito de Participação Social é relacional e polisêmico, pois remete tanto à coesão social como à mudança social, podendo envolver a compreensão das ações que mobilizam os indivíduos, bem como o caráter político de democratização ou participação ampla dos cidadãos nos processos decisórios em uma dada sociedade.

Discutir participação na saúde envolve, entre outros assuntos, a compreensão política do reconhecimento e da importância da participação popular e da educação como reflexão e transformação de práticas, a construção de instrumentos democráticos de comunicação e gestão e a discussão sobre os mecanismos de financiamento das ações do Estado. “Nesse sentido, a educação deve ser compreendida não como repasse de informações e conteúdos, mas na perspectiva da reflexão sobre a realidade, em busca de soluções para os problemas enfrentados no cotidiano”, enfatiza Marcello.

Valéria acrescenta que o Estado constitui-se hegemonicamente em espaços de defesa de interesses de segmentos da sociedade detentora de capital, a qual viabiliza por meio de estratégias ideológicas culturais, educativas e até mesmo coercitivas, a defesa de seus interesses. No entanto, até mesmo para sua manutenção na situação de classe dominante, os interesses de outros segmentos populacionais não detentores de capital, precisam ser considerados. “Como ressalta o professor e pesquisador da Ensp/Fiocruz Eduardo Stotz, o Estado acaba sendo a expressão das tensões existentes na sociedade. Assim, só podemos definir o que é participação social quando entendemos as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem com o objetivo de influenciar a formação, execução, fiscalização e avaliação de políticas públicas na área social (saúde, educação, habitação, transporte etc.)”, acentua Valéria.

Em seu relato, os professores destacam que é nessa relação complexa que projetos contra-hegemônicos das classes populares no interior do Estado podem favorecer a conquista de melhorias importantes para a vida da classe socialmente mais vulnerável. Eles, no entanto, reconhecem que o conceito de ‘participação’ é amplo e controverso. Para alguns autores, a participação da população em projetos de saúde ocorre de forma assimétrica e horizontalizada, onde a população aparece como receptora de conhecimentos. E mesmo quando o discurso de protagonismo da população está presente, a direcionalidade das ações continua sendo exclusivamente do poder público.

Participação social em saúde: da lei à prática

No Brasil, a participação social nos espaços formais foi fortalecida principalmente com a criação do SUS, e considerada fundamental no processo de municipalização da saúde, servindo, inclusive, como referência para outras áreas de políticas públicas no país.

“No modelo brasileiro de descentralização administrativa, ainda que alguns argumentem em contrário, a principal definição é a de que o real executor das ações são os governos municipais, os quais têm comando no nível local. Entretanto, a implementação de mecanismos legais de participação e controle da sociedade não foi capaz de possibilitar o engajamento real de uma grande parcela da popu-



Turma de 2014: oficina temática.



Turma de 2014: atividades durante o curso.

Foto: Labgestão/EPSJV/Fiocruz

Foto: Labgestão/EPSJV/Fiocruz



Aula inaugural de Maria da Glória Gohn despertou o interesse dos alunos e marcou positivamente o início do curso em 2014.

lação em questões referentes aos serviços e condições necessários à resolução de seus problemas de saúde”, explicam.

Segundo eles, a própria municipalização dos serviços trouxe novos desafios a serem superados, como o fortalecimento do poder local (vinculados a interesses diversos) e todas as implicações para efetiva participação da população nos processos decisórios. “Em seu artigo ‘Saúde e Cidadania: Análise de uma Experiência de Gestão Local’, publicado em 1996, a socióloga Amélia Cohn já chamava atenção para

o fato de que a descentralização, quando entendida como a municipalização da saúde, ou como a constituição do Sistema Único da Saúde no nível municipal, não implica automaticamente na democratização da saúde, nem em sua constituição como um direito universal e equânime”, lembra Valéria. “Para ela, a tradição altamente centralizadora do Estado tende a se reproduzir fortemente no nível local, fazendo com que o poder executivo acabe predominando e dominando sobre os demais”, completa Marcello.

Além disso, como salientam os coordenadores, em boa parte das cidades brasileiras, principalmente nos grandes centros urbanos, a questão da violência tem impossibilitado a garantia de acesso a serviços básicos de saneamento, saúde e alimentação, que possibilitem condições dignas de sobrevivência, constituindo verdadeiros territórios de exceção, em que direitos sociais e de cidadania são fortemente vinculados a poderes locais.

É nesse contexto que se insere a comunidade de Manguinhos, onde foi desenvolvida a primeira turma do curso.



Um território marcado pela violência e, segundo dados epidemiológicos, com um dos piores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) do município do Rio de Janeiro. A proposta do curso, por sua vez, está relacionada ao surgimento de um novo cenário político que, ao realizar altos investimentos em infraestrutura e em projetos sociais no território, reacendeu a esperança de moradores na construção de outro espaço para viver.

“Buscamos enfrentar o desafio de conjugar a perspectiva de participação em um território com graves problemas

sociais e a perspectiva de um projeto de educação emancipatório, que possibilite o compartilhamento de conhecimentos entre educadores e educandos em um projeto comum, reconhecendo, no entanto, limites, possibilidades e contradições dessa realidade, condicionadas pelas circunstâncias históricas, proximidade e recursos disponibilizados pela própria Fundação Oswaldo Cruz”, acrescenta Valéria.

Construção coletiva: primordial para atingir o objetivo do curso

A criação do curso visou contribuir para ampliar a participação de segmentos populares nos espaços políticos formais do SUS e nas lutas da população na conquista de seus direitos. Seu objetivo específico, no entanto, é construir metodologias participativas de elaboração de currículos que favoreçam a participação e atuação dos educandos enquanto sujeitos dos processos educativos e de transformação da sociedade. “A perspectiva de educação que utilizamos está baseada na concepção politécnica de que a qualificação vai além da formação para o trabalho, envolvendo diferentes perspectivas, como a formação de sujeitos capazes de agir ética e politicamente nas relações sociais, buscando alcançar melhores condições de vida para si e para coletividade”, explica Marcello, lembrando que o aprendizado político da participação ocorre nos espaços formais e não formais da sociedade e, que apesar de muitas pessoas terem pouca experiência sobre conselhos e colegiados gestores, possuem grande vivência e atuação nos espaços não institucionalizados da gestão pública, atuando em importantes decisões, inclusive nas políticas de saúde.

Inspirados pela socióloga Maria da Glória Gohn, que, no texto ‘Educação não-formal, participação da sociedade civil e estruturas colegiadas nas escolas’, diz que a gestão compartilhada precisa desenvolver uma nova cultura participativa em nome dos direitos da maioria e não de grupos lobistas, os coordenadores se basearam na ideia de que a educação não formal é aquela que se aprende ‘no mundo da vida’, via os processos de compartilhamento de experiências, principalmente em espaços e ações coletivas cotidianas.

O desenvolvimento do projeto foi baseado na concepção de reflexão com o aluno sobre sua importância no contexto político da sociedade, discutindo conhecimentos sobre a organização e fundamentos das políticas públicas que afetem seu cotidiano, em especial a política de saúde, incluindo discussões relativas ao conceito ampliado de saúde, ao processo de luta por cidadania e democratização no Brasil, à história e organização do SUS, aos novos modelos de gestão, e à intersetorialidade como fator de promoção da saúde.

O curso, cuja carga horária é de 96 horas, distribuídas em aulas uma ou duas vezes por semana, foi estruturado em quatro eixos temáticos: Contexto Histórico e Social do Território e as Concepções de Saúde da População; Estado e Políticas Públicas; Saúde Pública e Participação Social; e Participação Social e Gestão em Saúde. Todos os assuntos abordados, alguns dos quais inseridos ao longo do processo, como religiosidade, participação social e organização de material educativo para mobilização popular, foram discutidos com base na perspectiva dialógica e de forma relacionada à realidade vivida pelos alunos.

Além do espaço de discussão, o curso também possibilitou articulação com pessoas que atuam em Manguinhos, como os diversos técnicos da Fiocruz e gestores das unidades de saúde da região, que participaram das aulas e do evento final de formatura. No encerramento da experiência formativa, os alunos receberam materiais educativos impressos e digitalizados para futuras consultas.

Os temas propostos, assim como a metodologia desenvolvida, foram debatidos intensamente em três oficinas temáticas anteriores ao curso, que tiveram como enfoque a aproximação desses conteúdos com a realidade vivenciada pelo aluno em um espaço de diálogo e formação. Fundamentadas nos princípios da Educação Popular e da

educação politécnica, as oficinas contam com a colaboração de pesquisadores da Fiocruz com larga experiência no campo da Educação Popular em Saúde e conhecimento do território, além dos próprios conselheiros, técnicos, gestores, docentes e pessoas de outros segmentos interessados no tema.

“Solicitamos que eles avaliassem a estrutura proposta e incluíssem temas que gostaríamos que fossem trabalhados ao longo do curso. Partimos da ideia de que todos possuem saberes, e que lidar com a saúde é um elemento constituinte do cotidiano de todas as pessoas, que desenvolvem ações e que possuem conhecimentos sobre o enfrentamento dos problemas cotidianos”, analisou Valéria.

O curso foi elaborado em uma perspectiva estratégica, buscando por meio de experiências formativas aproximar educadores e educandos, na reflexão sobre sua função como gestor público. “A troca de experiências com segmentos da população historicamente excluídos dos processos decisórios dos sistemas e serviços de saúde foi considerada essencial para a compreensão da importância de nossa atuação profissional na construção de uma sociedade mais justa e equânime”, acrescenta a coordenadora.

Avaliação positiva garante continuidade do curso

A experiência trouxe algumas especificidades e dificuldades, mas tratou de questões relacionadas à efetivação do controle social e da participação social, buscando na interseção de fundamentos oriundos da Educação Popular e da Educação Politécnica, construir saberes

voltados para o compartilhamento de conhecimentos e de ações transformadoras no campo da saúde. “A referência em diferentes campos de conhecimento acaba trazendo a discussão da necessidade da educação profissional e da gestão do SUS reconhecer e aproximar conhecimentos acadêmicos e saberes populares presente nas ações dos trabalhadores da saúde e da comunidade atendida nos serviços para enfrentamento e solução dos problemas vivenciados cotidianamente no SUS”, afirma Marcello.

A avaliação do curso aconteceu de forma processual. Ao final de cada encontro os alunos faziam apontamentos sobre experiência vivenciada durante a atividade e preenchiam uma ficha para avaliar não apenas o conteúdo trabalhado, mas a forma como ele foi desenvolvido. Na ficha também havia espaço para sugestão de novos temas ou aprofundamento de questões que achassem mais relevantes.

Para a coordenação, o valor do aprendizado foi além do esperado. Por conta da proximidade com o tema, eles puderam ter a experiência de atuar em outros projetos da escola como educadores e na elaboração de material educativo sobre o assunto para trabalhadores técnicos da saúde.

“Tivemos alguns desafios a serem superados, entre os quais, o processo de pacificação do território ocorrido no período de realização do curso. No entanto, apesar de todas as dificuldades, a avaliação dos alunos e dos professores é de que o curso foi muito importante, pois contribuiu para a qualificação da participação de usuários na saúde e na compreensão dos diferentes problemas enfrentados diante da participação de usuários na gestão do sistema”, garantiu Valéria.

Depois dessa primeira experiência, o curso passou a integrar o catálogo da EPSJV, sendo oferecido regularmente não apenas para conselheiros, mas para representantes e integrantes de diversos segmentos da sociedade civil organizada, sendo concluída em 2014 mais uma turma do curso. No que diz respeito à coordenação, apenas Valéria permanecerá à frente da iniciativa a partir de 2015. ■

“Dia 13 de agosto de 2014, iniciava o curso de Qualificação em Participação Social e Gestão em Saúde, na EPSJV/Fiocruz. Éramos um grupo grande, em torno de 40 alunos de diversas áreas, com expectativas e experiências distintas, mas com um interesse em comum: adquirir mais conhecimentos sobre saúde pública e sobre as várias formas de participação social.

Já no início do curso, discutimos bastante sobre a concepção de saúde e de doença. Entendemos que saúde é mais do que ausência de doença, é um conceito complexo que envolve inúmeros fatores, entre eles o bem estar social, físico e mental. Para compreender melhor esse processo, outro ponto abordado foi a importância do conhecimento do território, cujas características são determinantes para a qualidade de vida da população.

No decorrer das aulas, conhecemos um pouco da história das políticas de saúde no Brasil e compreendemos a importância da participação social para a implantação do SUS. Podemos dizer que, teoricamente, temos um dos melhores sistemas de saúde do mundo, porém é necessário que a participação social, de fato, se efetive em diversas esferas para que a teoria se transforme em prática.

E como fazer a teoria se transformar em prática?

O conhecimento é fundamental para a participação social. A formação que tivemos ao longo do curso e a troca constante de saberes e experiências entre estudantes e professores nos fez refletir sobre o nosso papel como agentes transformadores na sociedade civil. Assim, hoje, nos sentimos mais empoderados para fazer a diferença em nossos territórios e lutar pela melhoria da saúde pública do país.” (Texto coletivo elaborado pelos alunos para atividade final de sistematização - turma 2014)

Foto: Labgestão/EPSJV/Fiocruz



Turma de 2012: atividade de encerramento.

Novo membro: Escola do Instituto Politécnico do Porto passa a integrar a RETS

Em janeiro de 2015, a RETS passou a contar com mais um membro de Portugal: a Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto (ESTSP). A Escola é uma unidade orgânica do Instituto Politécnico do Porto com oferta formativa de 1º e 2º ciclo na área da Saúde, principalmente na área das Tecnologias da Saúde, conferindo os graus de licenciatura (13 cursos), de mestrado (cinco cursos) e de cursos de pós-graduações.

A missão da Escola é “contribuir para o desenvolvimento da sociedade, orientada para a criação, transmissão e difusão da cultura e conhecimento, através da educação e ensino, investigação e atividades de ligação à comunidade, em áreas direta ou indiretamente relacionadas com a saúde, num quadro de referência nacional e internacional”.

É atualmente, na área da Saúde, a maior Instituição de Ensino Superior no país e é a terceira maior Escola do Instituto Politécnico do Porto. Distingue-se não só pelo vasto leque de cursos que oferece, mas também pela sua dinâmica de crescimento com qualidade.

Para conhecer mais sobre a ESTSP, acesse o site (www.estsp.ipp.pt). ■



Fiocruz lança novo Portal de Periódicos



A Fiocruz lançou recentemente mais um espaço para a divulgação da Ciência: o Portal de Periódicos. No mesmo ambiente web, o público terá acesso aberto e gratuito aos artigos de todas as publicações científicas editadas na Fiocruz. Com a busca integrada em sete revistas, os leitores poderão ter uma visão ampliada do conhecimento em saúde, a partir de diferentes abordagens.

Além de artigos, o novo canal traz informações em diversos formatos: notícias, entrevistas, vídeos e infográficos. Para João Canossa, à frente da Editora Fiocruz, este “cardápio variado de conteúdos”, permite que a sociedade se aproprie do vasto conhecimento gerado na instituição: “Assim, esta produção pode ser utilizada pelas pessoas de outros centros de pesquisa, universidades, no trabalho, em casa, neste ou em outros países. O Portal de Periódicos tem tudo para se tornar mais uma poderosa ferramenta nesse sentido”. Conheça o novo portal (www.periodicos.fiocruz.br/pt-br). ■



A revista RETS estará aceitando permanentemente relatos de experiência na área de formação de trabalhadores técnicos em saúde para publicação. A ideia é divulgar o maior número de experiências possíveis, em todas as áreas e níveis de formação, desde aquelas voltadas para os

auxiliares e agentes de saúde até aquelas relacionadas aos técnicos de nível médio e/ou superior e tecnólogos. Participe. Serão selecionados relatos de experiências ocorridas a partir de 2010, conforme as diretrizes especificadas no site da RETS (www.rets.epsjv.fiocruz.br), em: ‘Página inicial’ > ‘Informes’. ■

Publicações

Investimentos para superar o impacto global das doenças tropicais negligenciadas

O relatório apresenta uma estratégia de investimento em Doenças Tropicais Negligenciadas e analisa o caso de investimento específico para prevenção, controle, eliminação e erradicação de 12 das 17 DTNs.



O artigo também registra avanços e desafios e sinaliza os que estão por vir. A mudança climática, por exemplo, deverá aumentar a propagação de várias DTNs transmitidas por vetores, como a dengue, cuja transmissão é influenciada pela temperatura, precipitação, umidade relativa e variabilidade climática. Os investimentos em doenças como essas evitarão os gastos potencialmente catastróficos associados ao seu controle. A presença de DTNs assinalará, assim, um sistema de alerta precoce para as doenças sensíveis ao clima.

O relatório Investimentos para superar o impacto global das doenças tropicais negligenciadas (‘Investing to overcome the global impact of neglected tropical diseases’) está disponível, em inglês, no site da RETS (www.rets.epsjv.fiocruz.br), em: ‘Biblioteca’. ■

Manual de capacitação Saúde em todas as políticas



Este manual é um recurso de capacitação para aumentar a compreensão da importância da Saúde em Todas as Políticas (STP) entre os profissionais de saúde e de outras áreas.

O manual de capacitação Saúde em todas as políticas (‘Health in all policies training manual’) está disponível em inglês no site da OMS (www.who.int), em: ‘Social determinants of health’ > ‘Publications’ > ‘Health in all policies training manual’. ■

Filantropocapitalismo: o que esse termo representa para a saúde no mundo? (parte 1)

Por Ana Beatriz de Noronha

Já em 2008, o jornalista e editor do semanário de origem inglesa ‘The Economist’, Matthew Bishop, se declarava surpreso com a repercussão e a quantidade de debates que o termo ‘filantropocapitalismo’, criado por ele dois anos antes, vinha gerando. A palavra, utilizada para associar filantropia e capitalismo, ressaltando o crescente papel que vários dos homens mais ricos e poderosos do mundo estavam assumindo diante de algumas importantes questões sociais que afetam a humanidade, tem realmente despertado calorosas discussões. De um lado aqueles que acreditam piamente na boa vontade dos ricos em sua capacidade para solucionar os problemas dos pobres, tomando por base o seu sucesso no mundo empresarial; de outro, aqueles que permanecem em estado de alerta para o risco que a associação acrítica entre a esfera pública e o capital privado, orientado pelo lucro e com imenso poder político, pode representar para as camadas mais desfavorecidas e vulneráveis da população mundial.

É com intuito de fomentar essa discussão na área da saúde global, que esta edição da Revista RETS apresenta para seus leitores a primeira parte de uma resenha do artigo ‘Filantropocapitalismo, passado e presente: a Fundação Rockefeller, a Fundação Gates e os ajustes da saúde global’, de Anne-Emanuelle Birn, historiadora e professora da Universidade de Toronto. O artigo original, publicado em novembro de 2014, em inglês, no [Hypothesis Journal](http://www.hypothesisjournal.com/?p=2503), está disponível gratuitamente em: www.hypothesisjournal.com/?p=2503.

Em seu texto, a autora analisa como o financiamento privado vem agindo para definir a agenda global da saúde. Para isso, ela traça um paralelo entre as metas, os paradigmas, os princípios e a forma de atuar (*modus operandi*) definidos e utilizados, em diferentes contextos históricos, por duas das maiores organizações filantrópicas já existentes – a Fundação Rockefeller (FR) e a Fundação Bill e Melinda Gates (FBMG) –, chamando atenção para a capacidade que essas organizações têm de interferir tanto na governança mundial da saúde quanto na produção científica para o setor. Segundo ela, mais do que nunca é preciso que estejamos atentos a esse tema e dispostos a contestar o que vem sendo dito, enquanto buscamos algumas alternativas viáveis para o filantropocapitalismo na área da saúde global.

O surgimento da moderna saúde internacional e a ‘filantropia científica’

De acordo com Anne-Emanuelle, a história da saúde internacional começa em 1851, com a realização, em Paris, da I Conferência Sanitária Internacional, cujo principal objetivo era iniciar a elaboração de um plano de ação mundial de combate à transmissão de doenças epidêmicas. No entanto, devido às divergências políticas e econômicas entre os países, a criação do [Escritório Internacional de Higiene Pública](#) (OIHP, do francês Office International d’Hygiène Publique) só se concretizou mais de 50 anos

Estabelecido em Paris, em dezembro de 1907, tinha como principal objetivo elaborar diretrizes e supervisionar as regras internacionais relativas à quarentena de navios e portos e, conseqüentemente, tentar evitar a propagação da peste e da cólera, bem como administrar outras convenções de saúde pública. Foi dissolvido por protocolos assinados em 22 de julho de 1946 e seu serviço epidemiológico foi incorporado à Comissão Interina da Organização Mundial de Saúde em 1º janeiro de 1947.

A Revista Hypothesis (www.hypothesisjournal.com) tem como missão provocar e estimular o pensamento científico por meio da divulgação de novas descobertas e hipóteses em qualquer campo do conhecimento, favorecendo a publicação de artigos que vão muito além de dados de relatórios ou resumos de trabalhos, e nos quais os autores podem articular livremente suas ideias mais intrigantes. O acesso aos artigos é gratuito.

e 11 conferências depois. A dificuldade de os países europeus chegarem a um acordo permitiu que o continente americano assumisse o pioneirismo na área, e, em dezembro de 1902, representantes de 11 países reunidos na I Convenção Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas, criaram o Escritório Sanitário Pan-Americano (PASB, do inglês Pan American Sanitary Bureau), futura Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS), para discutir e planejar um combate eficaz à epidemia de febre amarela que se alastrava no continente por conta da intensificação do comércio marítimo entre a América Latina e os Estados Unidos.

A esses dois órgãos, que no início de sua existência centravam seus esforços no estabelecimento e monitoramento de convenções sanitárias e coleta de estatísticas de doenças, se juntaram o Comitê Internacional da Cruz Vermelha, fundado em Genebra, em 1863, a fim de prestar ajuda às vítimas da guerra, e outros organismos estabelecidos pelas potências colonialistas para zelarem por suas tropas e garantirem aumento da produ-

ção nas colônias, bem como o comércio dessas mercadorias.

É nesse cenário que, segundo a autora, aparece um novo ator que em alguns anos acabaria por transformar radicalmente o campo da saúde internacional que começa a nascer: a Fundação Rockefeller (FR), criada, em 1913, pelo magnata do petróleo e conhecido filantropo norte-americano John Davison Rockefeller (1839-1937), “para promover o bem-estar da humanidade em todo o mundo”. Para a historiadora canadense, a FR não só popularizou o conceito de saúde internacional, como teve uma grande influência sobre a agenda, as abordagens e as ações empreendidas nesse campo durante o Século 20.

Anne-Emanuelle lembra que Rockefeller foi um representante do movimento americano de ‘filantropia científica’, criado por **Andrew Carnegie** (1835-1919), um multimilionário escocês radicado nos Estados Unidos. Ela ressalta que, apesar de todas as “boas intenções” preconizadas por Carnegie, os milionários filantropos acabaram sendo muito questionados: pela proveniência de sua fortuna, resultante do lucro oriundo da exploração e repressão dos trabalhado-

Carnegie, que chegou a ser o homem mais rico do mundo, publicou, em 1889, o ensaio ‘O evangelho da riqueza’ (‘The Gospel of Wealth’), no qual argumentava que os pobres não sabiam administrar dinheiro e que os ricos deveriam ficar cada vez mais ricos para poderem utilizar suas fortunas em prol da sociedade, apoiando investimentos sociais sistemáticos em vez de formas aleatórias de caridade. O homem que, de acordo com uma biografia publicada por David Nasaw em 2006, subornou e corrompeu políticos, sufocou movimentos sindicais e aumentou o horário de seus empregados de oito para 12 horas por dia, sete dias por semana, doou 90% de sua fortuna ainda em vida, deixando um legado de milhares de bibliotecas públicas, bem como doações para o ensino superior e as artes, e servindo de exemplo para vários outros colegas milionários.

res; pelo papel que desempenharam no tumultuado final do Século 19 e início do Século 20, ao servir como ferramenta de contenção dos movimentos dos trabalhadores que ameaçavam interesses da indústria e do comércio; e por assumirem parte do papel do Estado na função de proteção social, valorizando esforços voluntários em lugar dos direitos do cidadão e enfraquecendo o Estado diante da iniciativa privada na prestação de serviços de bem estar social.

Segundo ela, inspirado pela ideia da filantropia científica, Rockefeller passou de simples contribuições assistencialistas dirigidas a hospitais igrejas e universidades para o apoio à educação pública, à ciência e à medicina, com o financiamento de pesquisas e campanhas de larga escala voltadas para a melhoria social. A saúde pública, por sua vez, tornou-se o foco dos interesses de Rockefeller por ser um campo emergente, que começava a se profissionalizar com apoio limitado do governo norte-americano, o que proporcionava ao milionário um considerável espaço para testar ideias e práticas.

Os primeiros passos

No primeiro momento, a questão a ser atacada em meio a tantas necessidades da saúde pública foi definida em conjunto por três assessores de Rockefeller: Frederick T. Gates (um pregador batista), Charles Wardell Stiles (um zoólogo) e Wickliffe Rose (um educador do Sul dos Estados Unidos). A escolha da **troika** de Rockefeller recaiu sobre a ancilostomíase, uma verminose que provoca anemia e era considerada um dos fatores do ‘atraso’ econômico e da dificuldade de industrialização do sul do país. A facilidade de identificar a presença do verme causador da doença num rápido exame de fezes e a existência de um tratamento eficaz para a doença, testado anteriormente em campanhas na Costa Rica e em Porto Rico, território ocupado pelos EUA, teriam sido, de acordo com o artigo, fundamentais para essa decisão. Por outro lado, o fato de que a doença não tinha um alto índice de mortalidade e que o próprio tratamento teria sido responsável por mortes ocasionais entre os doentes não impediu a realização de uma enorme campanha, financiada pela FR e desenvolvida nos 11 estados do sul dos EUA, de 1910 a 1914.



John Rockefeller (1885)

Foto: Fundação Rockefeller

Palavra russa que designa um comitê de três membros. Em política, é usada para nomear uma aliança de três personagens do mesmo nível e poder reunidos para a gestão de uma entidade ou para completar uma missão.

A campanha, que envolveu médicos, inspetores sanitários e técnicos de laboratório, bem como igrejas e clubes agrícolas, incluía: a eliminação do verme com a administração de anti-helmínticos, a promoção do uso de calçados e de latrinas, e a divulgação de propaganda de saúde pública, visando tanto à educação para a saúde quanto à publicidade positiva para a FR. Após ter conseguido despertar o interesse da população pela saúde pública, a FR criou, em 1913, uma Comissão de Saúde Internacional, a qual se transformou numa Diretoria de Saúde Internacional (IHB - do inglês International Health Board) em 1916 e, finalmente, em 1927, foi reorganizada como Divisão de Saúde Internacional (IHD, do inglês International Health Division).

Para Anne-Emanuelle, a escolha da saúde pública internacional como área de atuação foi bastante conveniente para Rockefeller, uma vez que, no âmbito nacional, a família enfrentava inúmeras dificuldades. Como ela recorda, em 1890, a Lei Sherman Antitrust quebrou o monopólio do petróleo e os trabalhadores de várias empresas da família se rebelavam contra as péssimas condições de trabalho. Em 1914, a publicidade negativa

teria chegado ao auge, com o chamado **Massacre de Ludlow**. O fortalecimento das ações filantrópicas, com altos investimentos nas áreas de educação e saúde, servia para amenizar a situação e neutralizar as duras críticas que eram feitas.

A partir daí, foram, de acordo com a autora, cerca de quatro décadas de participação intensiva no campo da saúde internacional, nas quais, Rockefeller, assessorado por especialistas de diversas áreas de conhecimento, estabeleceu escritórios regionais da IHD em Paris, Nova Delhi, Cali (Colômbia) e México, tendo aplicado bilhões de dólares na realização de campanhas de controle de diversas enfermidades e problemas de saúde. A partir de 1951, quando a IHD foi incorporada pela recém-criada Divisão de Medicina e Saúde Pública da RF, o foco de atuação passou para a educação médica.

Ao longo dos anos, a FR patrocinou a criação de 25 escolas de saúde pública na América do Norte, Europa, Ásia e América do Sul, financiou cursos de pós-graduação e concedeu bolsas de estudo para cerca de 2500 profissionais de saúde pública. Curiosamente, no entanto, sempre destacou a “ajuda oficial para organizações de saúde pública no desenvolvimento de medidas administrativas adequadas aos costumes, necessidades, tradições e condições locais” como sua contribuição de maior importância. Nesse sentido, ao mesmo tempo em que definia um modelo verticalizado de ação na saúde internacional, com grandes campanhas de caráter estritamente científico e treinamento médico transnacional, a FR assumia um forte papel na geração de apoio político e popular para a saúde pública, ajudando a criar departamentos nacionais de saúde em todo o mundo, e defendendo a institucionalização da saúde internacional. Como observado por Anne-Emanuelle, esse duplo movimento acabou resultando na transferência da agenda, da estrutura e da forma de atuar (*modus operandi*) da FR para as instituições locais, nacionais e multilaterais.

A ação da Fundação Rockefeller na era do imperialismo

No artigo, a autora afirma que, em seu trabalho na área da saúde internacional, a FR cortejou políticos e funcionários públicos em todo o mundo, gerando uma profunda lealdade entre os profissionais de saúde e conectando elites locais a prestigiadas redes médicas internacionais. Além disso, difundiu a ideia de saúde pública entre as populações de todo o mundo e ajudou a construir e modernizar dezenas de instituições públicas de saúde. Os esforços da FR, no entanto, teriam ido, de acordo com Anne-Emanuelle, muito além da saúde. Eles serviram para estabilizar colônias e nações emergentes, na medida em que ajudaram os governos a atenderem as demandas sociais de suas populações; incentivaram a transferência e internacionalização dos valores científicos, burocráticos e culturais; estimularam o desenvolvimento econômico, o crescimento e a expansão dos mercados de consumo; e prepararam vastas regiões para o investimento estrangeiro, ao garantir o aumento da produtividade das empresas e a incorporação ao sistema de expansão do capitalismo global. A saúde internacional, anteriormente identificada com os poderes militares e coloniais, ganhou uma visão mais positiva e diplomática, passando a ser vista como propulsora de avanços sociais.

Para a pesquisadora canadense, o trabalho da FR na saúde internacional teria se fortalecido simultaneamente e em estreita relação com o imperialismo norte-americano. Um claro exemplo disso é a invasão de Cuba pelos EUA, em 1898, a qual, apesar de representar um claro movimento expansionista, foi justificada como forma de conter a ameaça anual de surtos de febre amarela ao longo da costa leste dos Estados Unidos. A ação da FR no combate à febre amarela e à malária foi fundamental para o término da construção do Canal do Panamá, cuja existência, por sua vez, serviu para convencer governos de países latino-americanos sobre a importância de conter a propagação de epidemias resultantes da intensificação do comércio marítimo entre o Atlântico e o Pacífico. Ao longo de três décadas, o IHB/D realizou pesquisas na África Ocidental e grandes campanhas em toda a América Latina para reduzir a presença de mosquitos *A. aegypti* por meio de pulverização de inseticidas, drenagem de pântanos e distribuição de larvicida. Paralelo a isso, financiou e planejou pesquisas que resultaram na descoberta da vacina contra febre amarela e ajudaram a expandir e fortalecer o conhecimento científico nos EUA. Ao atuar nos países

O massacre ocorreu, em abril de 1914, quando a Guarda Nacional e os guardas das minas de carvão de Ludlow, no estado do Colorado, investiram contra cerca de 1200 mineiros, que estavam em greve, e seus familiares. A morte de mais de dez pessoas, inclusive crianças, causou uma grande onda de ataques da imprensa à empresa e seus proprietários.

latinos americanos, associando o combate a doenças transmissíveis a reconhecidos interesses geoeconômicos, a FR ajudou, conforme enfatiza Anne-Emanuelle, a expandir a ‘política da boa vizinhança’, preconizada pelo presidente norte-americano Franklin Roosevelt na década de 1930.

A FR sempre teve o cuidado de evitar campanhas de controle de enfermidades que fossem muito caras ou excessivamente complexas e demoradas, com exceção daquela empreendida contra a febre amarela, considerada como um investimento indispensável para os interesses das empresas norte-americanas e para o comércio portuário. Também foram deixadas de lado aquelas que não se adequassem ao modelo tecnicamente orientado de saúde pública ou, ainda, que não pudessem ter seus resultados traduzidos nos relatórios trimestrais empregados pela crescente burocracia da organização. Por conta disso, como afirma a historiadora, a diarreia infantil, a tuberculose (TB) e outras importantes causas de morte nos países poucas vezes eram abordadas, uma vez que seu controle (ou eliminação) dependeria de longos períodos de investimentos socialmente orientados – saneamento básico, por exemplo –, ainda que isso pudesse ajudar a solucionar um conjunto muito mais amplo de problemas de saúde pública.

A necessidade de adaptar seus projetos aos contextos locais levou a FR a desenvolver sua agenda de trabalho aparentemente de forma conjunta com os governos, em processos que, muitas vezes, acabavam criando estruturas nacionais permanentes – agências ou escritórios de saúde pública – mantidas pelos governos e voltadas para o controle de enfermidades definidas pelas campanhas da Fundação. A presença nos trabalhos de campo, na orientação das atividades e nas negociações políticas de profissionais contratados e treinados pela FR também serviu para facilitar e natura-

lizar a difusão, no âmbito das instituições e das políticas nacionais, das ideologias e práticas definidas e defendidas pela ‘organização filantrópica’, muitas vezes em detrimento dos saberes e dos interesses locais. Ao patrocinar a formação de médicos, enfermeiros e engenheiros na área da saúde pública em programas na América do Norte e na Europa, a FR acabou constituindo quadros que posteriormente se tornavam seus próprios interlocutores nos países e nas próprias organizações.

Anne-Emanuelle ressalta que essa forma de atuar da FR encontrou resistência em alguns países e acabou precisando sofrer reformulações. Ela cita o México como exemplo, lembrando que, apesar de ter trabalhado diretamente com a FR, o médico sanitário Miguel Bustamante, que chegou a ocupar a Secretaria Geral da Repartição Sanitária Pan-Americana (PASB, do inglês Pan American Sanitary Bureau) e a Secretaria de Estado de Saúde em seu país, resistiu à imposição do modelo tecnicista de saúde pública e decidiu pela implantação de um modelo de base social que atendesse as reais necessidades de saúde da população mexicana. Nesse sentido, a FR nunca se apresentou como um monólito, mas sim como uma organização bastante flexível que, ao longo do tempo, foi capaz de acompanhar a mudança de prioridades políticas em seu próprio país e no exterior.

Influência abrangente e duradoura

Para difundir seu evangelho da saúde pública, a FR teria, de acordo com a autora, fortalecido a imagem de instituição filantrópica, supostamente independente do governo e desprovida de interesses comerciais, com autonomia e responsabilidade limitadas. Seus padrões de trabalho incluíam o estabelecimento de parcerias nacionais, a utilização de métodos específicos e tecnicamente comprovados de controle de doenças e um zelo quase missionário de seus próprios agentes. A ideia de compromisso nacional com a saúde pública, por sua vez, era uma estratégia valiosa para garantir a permanência de sua abordagem no âmbito dos países. Para que isso ocorresse, as parcerias instituídas previam o cofinanciamento das ações pelos governos, o qual passava de 20% do custo de uma campanha para 100% ao longo de poucos anos. Ao mesmo tempo, a Fundação

estava envolvida em inúmeras ações de cooperação entre países, o que permitia o maapeamento direto ou indireto do cenário institucional da saúde internacional.

O organismo de saúde da Liga das Nações, criado após a Primeira Guerra Mundial foi parcialmente modelado pela IHB/IHD e passou a compartilhar seus valores, especialistas, modo de atuar e visão medicalizada da saúde. Além disso, diante da falta de recursos financeiros para efetivar sua agenda e manter suas operações, teve que pedir assistência à FR que, durante a Segunda Guerra Mundial chegou, inclusive, a assumir algumas atividades-chave na área da saúde pública na Europa.

No período entre guerras, contextualiza Anne-Emanuelle, o processo de institucionalização da saúde pública no âmbito dos países e no contexto internacional pressupunha o embate entre diferentes correntes políticas, o que obrigou a FR a considerar, ouvir, tirar partido e até mesmo bancar iniciativas de bases políticas progressistas, apoiando pesquisadores e lideranças em saúde pública reconhecidamente de esquerda. Embora esse apoio tenha sempre sido subordinado ao modelo dominante, o financiamento de cientistas que advogavam a favor da medicina social, como Johns Hopkins, Henry Sigerist e Andrija Stampar, revelou uma providencial flexibilidade ideológica da Fundação. As pesquisas realizadas, por sua vez, contribuíam para o esforço da FR de coletar informações em grande escala em torno de evolução da ciência e da saúde pública, inclusive aquelas oriundas dos países socialistas.

No panorama norte-americano, a FR ajudou o governo a fortalecer a estratégia de saúde internacional como política externa. Quando, em meados dos anos 1930 a Alemanha começou a utilizar a ajuda médica para se aproximar de alguns países da América Latina, em busca de matérias primas essenciais, a FR redobrou seus esforços em saúde pública na região, favorecendo a aproximação desses países com os EUA.

Em poucas palavras, como resume a autora, o que permitiu essa enorme influência sobre a definição da agenda e a constituição de instituições na área da saúde pública foram a atuação maciça da FR em nível internacional e seus poderosos tentáculos presentes em praticamente todas as atividades de saúde pública. A presença marcante da FR não foi fruto apenas de um esforço unilateral, pois suas ações sempre implicaram em dar e receber, sendo marcadas por momentos de negociação, de cooptação, de imposição, de ressentimento e, até mesmo, de rejeição pura e simples. “Naquela época, a FR não operava apenas como uma instituição filantrópica, mas como uma agência nacional, bilateral, multilateral, internacional e transnacional no campo da saúde pública”, sintetiza Anne-Emanuelle.

Em 1951, três anos depois da criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), a IHD foi extinta e a FR acabou reduzindo seu papel na liderança da saúde internacional, mantendo-se, no entanto, ligada a várias atividades relacionadas à saúde e ao desenvolvimento internacional.

Na década de 1970, pela primeira vez sob o comando de um médico – John Knowles –, a FR voltou a se fortalecer na esfera da saúde internacional. Em 1977, lançou o Programa das Grandes Doenças Negligenciadas da Humanidade e iniciou junto da OMS as discussões sobre atenção primária à saúde. Em 1980, estabeleceu a Rede Internacional de Epidemiologia Clínica (INCLEN, do inglês, International Clinical Epidemiology Network) e, em 1984, ajudou a lançar a Força-Tarefa para a Sobrevivência Infantil, uma iniciativa conjunta com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), a OMS, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) e o Banco Mundial.

Na década de 1990, a FR estabeleceu o projeto das **Escolas de Saúde Pública Sem Fronteiras** e foi cofundadora das Iniciativas Internacionais da Vacina contra Aids e de

O projeto ‘Escolas de Saúde Pública Sem Fronteiras’ (PHSWOW, do inglês Public Health Schools Without Walls) foi criado em 1992 com o objetivo de levar aos países em desenvolvimento a possibilidade de formar, em nível de pós-graduação, pessoal de saúde pública com as competências técnicas, gerenciais e de liderança necessárias para o funcionamento de sistemas de saúde cada vez mais descentralizados. O primeiro curso de mestrado da iniciativa foi oferecido na Universidade do Zimbábue, em 1993. Nos dois anos seguintes tiveram início cursos em Uganda e em Gana, todos eles com fortes elos de cooperação entre si e baseados no modelo das competências. Entre outras coisas, a iniciativa permitiu a disseminação de materiais e experiências entre diversas instituições africanas de saúde pública.

Vacinas para as Crianças. Nesse período, após várias mudanças impostas pelo final da Guerra Fria e pela ascensão da ideologia neoliberal, que resultou num forte debate interno, a FR começou a deslocar seu tradicional apoio ao setor público para iniciativas baseadas em parcerias público-privadas. Segundo a historiadora, apesar de ter sido parcialmente eclipsada por outros atores que surgiram nesse contexto e ter perdido o protagonismo da primeira metade do século 20, a FR acabou deixando um poderoso, ainda que problemático, legado para o campo da saúde pública internacional **(ver box)**.

A Guerra Fria e a ascensão do neoliberalismo

Em termos de contexto, Anne-Emanuelle lembra que, nas décadas posteriores à Segunda Guerra Mundial, muitas organizações ligadas à saúde internacional foram criadas ou renovadas, incluindo agências de ajuda humanitária e de desenvolvimento bilaterais, o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), as várias agências da Organização das Nações Unidas (ONU), numerosas organizações não-governamentais (ONGs) internacionais e locais, institutos de pesquisa, fundações privadas, grupos empresariais e assim por diante. Os movimentos de libertação do pós-guerra na Ásia, África e, posteriormente, no Caribe também contribuíram para uma dinâmica geopolítica mais complexa, no qual vários atores passaram a atuar em várias configurações, e dezenas de países recém-independentes ganharam voz, pelo menos nominalmente, na elaboração de políticas internacionais.

De 1946 até o início dos anos 1990, o campo da saúde internacional acabou sendo moldado pela rivalidade política e ideológica entre o bloco ocidental, identificado com o capitalismo norte-americano e o bloco do leste, ligado ao comunismo soviético, bem como pelo paradigma de desenvolvimento econômico e modernização construído pelas potências ocidentais como o único caminho para o progresso e para a descolonização do Terceiro Mundo. O cenário fez da saúde um importante caminho para o estabelecimento de alianças. Em ambos os blocos, as grandes potências implantaram hospitais, indústrias farmacêuticas e clínicas nos países mais pobres, bem como buscaram realizar ações de controle de enfermidades nos moldes da FR e patrocinaram um grande número de bolsas de estudo para formação avançada dos profissionais do setor.

Na década de 1950, ficou claro que a reconfiguração do poder mundial trouxe poucos benefícios para as ex-colônias. Em 1964, países não alinhados com os soviéticos ou com os americanos criaram o movimento G-77 que buscava enfrentar o neocolonialismo implantado via apoio ao desenvolvimento e exigir o respeito pela soberania na tomada de decisões, além de denunciar acordos comerciais internacionais desleais e a falta de democracia em agências da ONU. A saúde internacional tornou-se um peão no jogo soviético-americano por poder e influência.

Como afirma a autora, a OMS, claramente controlada pelos interesses do bloco ocidental, continuava a operar no viés da FR, estimulando a profissionalização e o crescimento burocrático, e realizando campanhas globais e tecnicamente orientadas para o controle ou eliminação de enfermidades específicas: primeiro contra a boubá (com penicilina) e a tuberculose (com BCG), e depois, sem sucesso, contra a malária (com base no inseticida DDT, largamente utilizado durante a Segunda Guerra Mundial). Essa fase culminou com uma audaciosa campanha à base de vacina contra a varíola, que resultou na declaração de erradicação da doença em 1980.

Na década de 1970, esse tipo de abordagem utilizada pela a OMS, com foco de doença e orientada pelo doador, começou a ser contestada, especialmente pelos países do G-77, os quais, sob a liderança do dinamarquês Halfdan Mahler, buscavam estabelecer ações de cooperação numa perspectiva intersetorial. Em 1978, o movimento de cuidados primários em saúde, consagrado na Declaração de Alma-Ata e na política 'Cuidados para todos' da OMS, estabelece que a saúde é um direito humano fundamental e deve ser alcançada por medidas sociais e de saúde pública integradas, que reconheçam o contexto econômico, político, social e de saúde, e não por meio de campanhas técnico-biológicas definidas de cima para baixo.

A ressurreição da medicina social na década de 1970, sob a face de cuidados primários de saúde teria, segundo a canadense, criado amargas divisões dentro da OMS e entre ela e a Unicef, permitindo que a FR ressurgisse para desempenhar um papel pequeno, mas fundamental, para a promoção dos cuidados primários da saúde. Dessa

O legado da Fundação Rockefeller

Alguns princípios estabelecidos pela FR e que permearam suas relações com os países e mesmo sua atuação no campo mais geral da saúde internacional ainda estão fortemente presentes no setor, incluindo:

- A definição da agenda de cima para baixo, ou seja, pelos doadores, tanto por meio do financiamento direto de atividades nos países ou por meio da concessão de subvenções;
- Financiamento apenas parcial das atividades, gerando compromissos dos beneficiários com o ingresso de recursos humanos, materiais e financeiros que viabilizem os projetos de cooperação;
- Orientação das atividades de acordo com o paradigma técnico-biológico, geralmente em ações que visam ao controle de enfermidades por meio do uso de ferramentas técnicas com ampla gama de configurações e considerando o comportamento e as características biológicas individuais como principal causa das doenças;
- Estabelecimento, a priori, de parâmetros de sucesso, o que tende a estabelecer limites geográficos e temporais mais rígidos para as atividades, reduzindo ainda seu objeto de intervenção, a fim de assegurar a visibilidade e a possibilidade de medir resultados de forma objetiva;
- O emprego de profissionais com formação no exterior e de funcionários das agências doadoras, geralmente envolvidos em redes internacionais para facilitar a tradução nos países das iniciativas e abordagens utilizadas pelos doadores; e
- Possibilidade de adaptar as atividades propostas às condições e contextos econômicos, culturais e políticos locais.

Para Anne-Emanuelle esses princípios foram continuamente alimentados com alinhamentos entre a FR e uma variedade de interesses nacionais e sua permanência parece ser uma consequência das assimetrias acentuadas no poder político e médico que ainda caracterizam a maior parte das interações internacionais e globais de saúde.

Segundo ela, o legado da FR criou fortes raízes na OMS e na Opas, por meio da atuação de alguns profissionais, como Fred Soper e Marcolino Candau, que assumiram cargos de direção nesses organismos após terem trabalhado diretamente com a FR.

forma, numa perspectiva tecnicamente reduzida da agenda de justiça social ampla de Alma-Ata para os cuidados primários de saúde, cuja ênfase estava em abordagens de ‘baixo custo’, a FR investiu, por exemplo, em imunizações e na terapia de reidratação oral, que se tornou o principal motor de campanhas de sobrevivência infantil da Unicef de 1980.

Na mesma época em que tentava se libertar dos princípios internacionais de saúde estabelecidos pela FR, a OMS passou a enfrentar crises de ordem política, financeira e burocrática que afetaram sua legitimidade e seu orçamento. Os choques do petróleo e as crises econômicas do final dos anos 1970 e 1980 impediram que muitos países membros pagassem sua cota de contribuição. Além disso, a OMS foi acusada de ter muitos funcionários na sede e poucos no trabalho de campo.

Para Anne-Emanuelle, a ascensão da ideologia política neoliberal, que fortalecia a ideia de um mercado ‘livre’ enquanto minimizava o papel do governo na redistribuição da riqueza e na promoção do bem-estar social, bem como na regulação da atividade industrial e econômica, acabou levando a uma ruptura com o modelo que a FR havia adotado no período de entre guerras, de forte apoio às instituições internacionais de saúde. A administração do presidente conservador norte-americano Ronald Reagan, por sua vez, congelou a contribuição financeira dos EUA, a fim de retaliar a OMS por seu programa de medicamentos essenciais, o qual estabelecia um receituário de medicamentos genéricos, e pelo Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, publicado em 1981, ambos considerados deliberadamente contrários aos interesses das empresas norte-americanas. No início da década de 1990, menos de metade do orçamento da OMS oriundo das contribuições anuais dos países estava sujeita a decisões ‘democráticas’ da Assembleia Mundial da Saúde e uma parcela cada vez maior dos recursos vindos dos doadores, incluindo naquele momento uma variedade de entidades privadas, era destinada a atividades e programas previamente definidos.

A Guerra Fria havia terminado, deixando em seu rastro a promoção do comércio global, a mercantilização da

saúde e a ideia de vigilância e segurança da saúde como justificativas para a saúde internacional. Nessa altura, ressalta a canadense, a OMS estava muito longe de assumir o comando das atividades internacionais de saúde, como estipulado na sua Constituição de 1946, se limitando a exercer sua função de segurança de saúde, em matéria de fiscalização, notificação e controle de doenças infecciosas ressurgentes (como a tuberculose) e, especialmente, as pandemias. No mesmo período, o Banco Mundial, cuja proposta falava de reformas de eficiência e privatização dos serviços de cuidados de saúde, teve um orçamento muito maior do que a OMS, e várias outras agências bilaterais que desenvolviam atividades internacionais de saúde simplesmente ignoravam sua existência. Ao longo da década de 1990, os gastos com saúde internacional ficaram estagnados e o futuro da OMS e todo o campo parecia estar em risco.

Uma observação interessante da autora é sobre a mudança do termo ‘saúde internacional’ para ‘saúde global’, que, segundo ela, visou descolar o campo dos usos ideológicos do passado e fazer com que a saúde internacional deixasse de ser vista como uma ‘serva’ do colonialismo ou um peão de rivalidades da Guerra Fria e da política de desenvolvimento. Nesse sentido, ela diz que o novo termo ‘saúde global’ buscava reforçar uma visão de responsabilidade compartilhada pela saúde, referindo-se a padrões de saúde e doença em termos da interação de forças globais, nacionais e locais, os processos e as condições em domínios políticos, econômicos, sociais e epidemiológicos. Ela faz, no entanto, uma ressalva de que, apesar das diferenças invocadas, na prática, a nova ‘saúde global’ ainda guarda muitas semelhanças com sua antecessora, a ‘saúde internacional’, e os termos ainda geram algumas confusões.

Em resumo, após a Guerra Fria, a filantropia internacional de saúde retornaria com uma nova roupagem no momento em que o volume de recursos empregados para vencer a guerra fria começou a diminuir e o contexto era de atacar o papel do Estado, favorecendo o setor privado, com fins lucrativos.

A Fundação Gates: uma nova versão do filantropocapitalismo

Sobre a Fundação Bill e Melinda Gates (FBMG), Anne-Emanuelle lembra que essa nova entidade, a com sede em Seattle (Washington, EUA), surgiu em 2000 e, desde então, começou a moldar a agenda de saúde global. Criada por Bill Gates (fundador da Microsoft) e sua esposa Melinda se transformou seguramente na maior organização filantrópica envolvida na saúde global, com interesses também em outras áreas, tais como: desenvolvimento, agricultura, defesa mundial, educação etc. Um orçamento para a saúde global maior do que o orçamento da OMS nos últimos anos, aliado à fama e participação ativa de seus fundadores, foram, na opinião da autora, os princi-



Bill Gates – 64ª AMS 2011.

Foto: WHO/Pierre Albouy

país fatores que levaram a Fundação Gates a uma posição de liderança na saúde global praticamente do dia para a noite.

De acordo com sua Divisão de Saúde Global, o objetivo principal da FBMG nessa área é ‘aproveitar os avanços da ciência e da tecnologia para reduzir as desigualdades na saúde’, por meio da inovação e aplicação de tecnologias de saúde que abrangem tanto o tratamento (via ferramentas de diagnóstico e parcerias para o desenvolvimento de drogas) quanto a prevenção (através, por exemplo, de vacinas e microbicidas). Inicialmente, segundo Anne-Emanuelle, a Fundação procurou se concentrar em alguns programas de controle de doenças, principalmente como uma agência de concessão de subsídios. Isso, no entanto, tem mudado ao longo dos últimos anos, com os esforços que atingem mais de 100 países, o estabelecimento de escritórios no Reino Unido, China e Índia, e o crescimento de sua equipe para mais de 1100 pessoas.

Assim como a FR no passado, a FBMG opera de acordo com incentivos de cofinanciamento, adotando uma abordagem tecnicamente orientada – com programas destinados a alcançar avaliações positivas em objetivos estritamente definidos – e seguindo um modelo de negócio que prioriza as metas de curto prazo. Há uma clara preferência pela escolha de atividades de alto nível de sucesso e que possam se mostrar bastante eficientes e eficazes, especialmente dentro de um único ciclo político em detrimento daquelas que, combinando medidas sociais, políticas e de saúde pública, podem alcançar melhores resultados a longo prazo.

Outra característica marcante da FBMG, destacada no texto, é a sua extraordinária capacidade de atrair parceiros para os seus esforços, incluindo organizações reconhecidas por utilizarem uma abordagem de justiça social, como a Norad (agência norueguesa de cooperação para o desenvolvimento) e outros doadores bilaterais que, apesar de anualmente contribuírem em conjunto com dez vezes mais recursos para a saúde global do que a própria Fundação, recebem muito menos reconhecimento.

De acordo com Anne-Emanuelle, a FBMG acabou se projetando como uma tábua de salvação para a saúde global, num contexto no qual: a despesa para a saúde global (considerando a OMS e outras organizações multilaterais, bem como as organizações bilaterais) ficou estagnado; a elite política, a elite econômica e, influenciados por uma mídia hegemônica, os eleitores em muitos países passaram a questionar o volume de recursos públicos destinados à assistência externa; e muitos países de baixa e média renda precisaram enfrentar sérios problemas na área da saúde (HIV/Aids, doenças infecciosas reemergentes e aumento da carga de doenças crônicas) agravados por décadas de cortes de despesas sociais impostos pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional (FMI).

Sem dúvida, como ressalta a autora, a Fundação Gates tem injetado dinheiro e vida no campo da saúde global, bem como incentivado a participação de outros atores. No entanto, até mesmo aqueles que reconhecem a relevância desse papel criticam sua falta de responsabilidade e de transparência em tempo real (especialmente com os dólares subsidiados pelo contribuinte) e o poder indevido que ela e outros atores privados, incluindo aqueles privilegiados pelo modelo de PPP empregado no âmbito da Fundação Gates, vêm conquistando sobre o bem público.

A abordagem FBMG: alcance e limites

Ainda que apoie um grande número de entidades, incluindo o Banco Mundial, a OMS e outros organismos multilaterais, empresas privadas e governamentais, universidades e Ongs, a maior parte dos recursos destinados à saúde global pela FBMG vai para (ou por intermédio de) entidades sediadas nos países desenvolvidos. Como esclarece Anne-Emanuelle, do início de 2014 até a publicação do artigo, quase três quartos do montante concedido pelo Programa de Saúde Global da FBMG foi destinado a 50 organizações, 90% das quais localizadas nos Estados Unidos, no Reino Unido e na Suíça.

De forma geral, o Programa de Saúde Global da FBMG apoia a pesquisa, o desenvolvimento de diagnósticos, preventivos e tratamentos, e campanhas relacionadas ao HIV/Aids, à malária, à tuberculose, à pneumonia, às doenças diarreicas e às chamadas ‘doenças negligenciadas’ (para as quais já existem instrumentos técnicos

São aquelas que visam promover a pesquisa interdisciplinar e acelerar a troca bidirecional entre a ciência básica e a clínica, movendo os achados de pesquisa básica do laboratório para ambientes aplicados nos quais estão envolvidos os pacientes e as populações.

de controle, de medicamentos a vacinas e sais de reidratação oral a mosquiteiros impregnados com insecticida), além financiar investigações no âmbito das **ciências translacionais** e sobre métodos de rastreio do câncer de colo de útero. Também desde 2011, tem supervisionado uma série de atividades relacionadas ao planejamento familiar; saúde materna, neonatal e infantil; nutrição; poliomielite; distribuição de vacinas; e água, saneamento e higiene, sempre em iniciativas relacionadas a ferramentas, procedimentos e outras intervenções específicas, muitas vezes com parceiros da iniciativa privada. No que diz respeito ao saneamento, por exemplo, a FBMG apoia o “desenvolvimento de tecnologias radicalmente novas de saneamento, bem como mercados para novos produtos e serviços de saneamento”.

Para a pesquisadora, no entanto, é no apoio ao desenvolvimento de vacinas que a FBMG se destaca, tendo, em 2010, se comprometido a investir US\$ 10 milhões em 10 anos para esse fim. Reconhecendo que as vacinas são importantes ferramentas de saúde pública, a autora alerta sobre a necessidade de se considerar a natureza dos investimentos em vacinas da BMGF, bem como sobre o que é negligenciado pela abordagem empregada. Ela lembra que, da mesma forma que ocorria com a FR, a abordagem da BMGF é reducionista, e isso pode ser comprovado no discurso que Bill Gates fez, em maio de 2005, ao ser convidado para abrir a 58ª Assembléia Mundial da Saúde. Invocando o modelo de erradicação da varíola baseada na vacinação e sem citar o estatuto de não patenteada das vacinas então utilizadas, ele teria buscado definir o curso futuro da OMS dizendo: “Alguns apontam para a melhoria da saúde no mundo desenvolvido e afirmam que só podemos melhorar a saúde quando eliminarmos

a pobreza. A eliminação da pobreza é uma meta importante, mas o mundo não teve que eliminar a pobreza para eliminar a varíola e não temos de eliminar a pobreza, antes de reduzir a malária. Precisamos produzir e entregar uma vacina”.

“Surpreendentemente, Gates, apelou para o público com uma solução tecnológica enganosamente simples para um problema extremamente complexo apenas dois meses após a OMS ter lançado sua Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, cuja criação ocorreu precisamente para contrariar entendimentos excessivamente biomédicalizados de saúde e para investigar e advogar sobre gama de fatores estruturais e políticos fundamentais que influenciam a saúde”, escreve a autora, completando: “Além disso, a afirmação de Gates contradiz diretamente uma enormidade de pesquisas demográficas e de saúde pública que demonstram que o declínio da mortalidade moderna desde o século 19 tem sido consequência, em primeiro lugar, da melhoria das condições de vida e de trabalho, seguido por uma combinação dessas abordagens sócio-políticas com a evolução das tecnologias médicas que surgiram desde a Segunda Guerra Mundial”. Segundo ela, ao contrário da FR que, no início do século 20, se abriu à pesquisa da medicina social e mostrou a importância dessa associação de fatores. Para Gates, no entanto, as alternativas de esquerda podem ser ignoradas ou sumariamente rejeitadas. Em 2008, por exemplo, a FBMG lançou o programa ‘Grandes Desafios de Explorações’ que complementa a iniciativa dos ‘Grandes Desafios da Saúde Global’ e prevê fundos para cientistas de dezenas de países realizarem projetos de pesquisa “corajosos” e “não-ortodoxos” que tratem a saúde em termos tecnológicos, circunscritas e não através de entendimentos técnicos e sócio-políticos integrados. Como ressalta Anne Emanuelle, nem o Desafio 16 – “Descobrir novas maneiras de alcançar nascimento, crescimento e desenvolvimento saudáveis” – faz qualquer referência às condições de vida de recém-nascidos e suas famílias.

Para a autora, ainda que as soluções técnicas e gerenciais para os problemas de saúde pareçam mais atraentes que as abordagens complexas baseadas nas condições sociais, fica claro que em nenhum dos casos existe uma solução rápida e cientificamente correta. Ela diz que o próprio Bill Gates reconhece que muitos dos Grandes Desafios só terão resultados em 15 anos ou mais depois de iniciados, tempo suficiente para que investimentos sociais e políticos que apoiem, por exemplo, a construção de sistemas abrangentes baseados em atenção primária à saúde e na equidade na saúde, possam alcançar bons resultados em uma escala muito maior.

Como exemplo disso, ela cita o programa “Barrio Adentro”, implantado em 2003 na Venezuela, que, de acordo com a OMS e outras avaliações, teria, entre outras coisas, reduzido a mortalidade infantil de 19 para 13,9 mortes em cada 1000 nascidos vivos num período de dez anos. A iniciativa partiu da definição constitucional, em 1999, da saúde como um direito humano garantido pelo Estado, juntamente com fortes investimentos em políticas de saúde e serviços sociais, nutrição, habitação, educação e melhoria do emprego voltadas principalmente para a população de baixa renda. Anne-Emanuelle lembra que os prováveis bilhões de dólares investidos nesse esforço pelo governo venezuelano representa uma quantia muito maior do que a FBMG e todos os doadores juntos podem gastar em um único país com a atenção primária e que esse tipo de gasto não seria realmente esperado de doador algum. No entanto, como ela enfatiza, a falta de interesse por parte da BMGF e da maioria dos doadores tradicionais que rejeitam esses tipos de medidas redistributivas, em privilegiar ou mesmo considerar abordagens integradas como uma rota legítima e eficaz (embora não impecável) à equidade global em saúde diz muito. “É claro que as sociedades que lutam pela justiça social não oferecem um caminho politicamente palatável em um ambiente neoliberal marcado por extrema concentração de riqueza e poder”, garante a canadense.

É certo que a BMGF também vem patrocinando, numa escala muito menor, algumas iniciativas que não sendo estritamente técnico-biomédica, fornecem suporte para a construção e manutenção de sistemas nacionais de saúde públicos. Em 2006, por exemplo, a FBMG entrou com US\$ 20 milhões para a criação, entre outras, da Associação Internacional de Institutos Nacionais de Saúde Pública (Ianphi, do inglês International Association of National Public Health Institutes) e do Instituto Nacional de Saúde Pública de Cuba. No entanto, esse tipo de apoio, que também recebe muito

menos publicidade, está muito longe de representar uma alternativa para o modo operandi da FBMG.

O fato é que, apesar de todas as claras deficiências, as abordagens focadas nas tecnologias e em doenças específicas ainda prevalecem nos órgãos formais de decisão em saúde global, sob uma influência primordial da FBMG, cujo papel foi, de acordo com o artigo, potencializado pela formação e atuação do Health 8 (H8), um grupo pelas oito maiores instituições ligadas à questão da saúde global: OMS, Unicef, Unfpa, Unaid, o Banco Mundial, a FBMG, a Aliança Mundial de Vacinas (Gavi) e o Fundo Global de Luta contra a Aids, a tuberculose e a malária. O H8 realiza reuniões, como o G8, na qual a agenda global de saúde dominante é moldada a portas fechadas, e as organizações sob forte influência da FBMG, constituem uma pluralidade.

As PPPs num ambiente neoliberal

Em seu texto, Anne-Emanuelle cita o crescimento das chamadas Parcerias Público-Privadas (PPP) como uma das principais alavancas de influência da FBMG e lembra que elas representam uma modalidade de financiamento e de operação em saúde global que só pode ocorrer a partir do ingresso maciço do capital privado nas áreas da saúde e do desenvolvimento. Ainda que os interesses filantrópicos e empresariais tenham estado presentes desde sempre na saúde internacional, foi a partir da década de 1990 que as PPPs foram formalizadas como um elemento central da saúde global, seguindo a prescrição do Banco Mundial e do FMI de privatizar os bens públicos. E, se essa abordagem surgiu primeiramente com a FR, foi com a FBMG que ela se consolidou e se fortaleceu. Hoje, a Stop TB, a Roll Back Malaria e a International AIDS Vaccine Initiative são apenas algumas das dezenas de grandes PPP globais de saúde – com orçamentos que variam de alguns milhões a bilhões de dólares – que foram criadas ou recebem recursos por meio da FBMG.

Retratada como uma oportunidade para expandir o financiamento e a visibilidade da saúde global, essas “colaborações” entre o setor privado e órgãos públicos (multilaterais e nacionais) acabam ocultando uma gama de

interesses comerciais e permitindo que o setor empresarial exerça um papel sem precedentes na formulação de políticas de saúde pública internacional sem assumir a respectiva responsabilidade que isso implica.

É preciso, como lembra a autora, ter em mente que as PPP não são exclusivas da área da saúde e que a FBMG não é o único jogador na esfera, mas também é bom observar que o papel de destaque assumido na criação do Fundo Global e da GAVI Alliance, ambos membros H8, ressalta a primazia que o modelo de PPP assume no âmbito da Fundação.

Criado em 2002, com US\$ 100 milhões de subvenção da FBMG, o Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária é atualmente a maior PPP na área da saúde e seu objetivo seria contornar os entraves burocráticos impostos pela ONU no financiamento de serviços e terapias de combate a essas três doenças. Sua ação, no entanto, acaba contribuindo para debilitar a OMS e enfraquecer qualquer expectativa de governança democrática da saúde global. O Fundo Global arrecada dinheiro, analisa propostas e desembolsa subvenções e contratos, ao invés de implementar programas diretamente. Desde 2013, o Fundo Global distribuiu mais de US\$ 22,9 bilhões para cerca de mil programas em mais de 140 países. Em dezembro de 2013, os doadores ainda prometeram um adicional de US\$ 12 bilhões para os próximos três anos.

Para Anne-Emanuelle, a criação do Fundo Global também acabou afetando um importante movimento transnacional para a reforma da propriedade intelectual. O movimento, que surgiu no final de 1990, tinha como alvo a especulação das empresas farmacêuticas, que impedia o acesso a medicamentos de HIV/AIDS nos países de baixa e média renda, especialmente na África. Nesse caso, as doações filantrópicas e bilaterais que tornaram os medicamentos mais acessíveis, também serviram para atenuar as tensões entre os enormes lucros farmacêuticos e a saúde dos pobres do mundo, enfraquecendo, conseqüentemente, a luta pelas reformas referentes às patentes de medicamentos no mundo.

No Conselho de Administração do Fundo Global, 20 membros têm direito à voto, sendo oito representantes de governos doadores e sete representantes dos países de baixa e média renda. A filantropia privada, o setor privado, as “comunidades”, e as ONGs de países desenvolvidos e de países em desenvolvimento têm um representante cada um. “Por incrível que pareça, a OMS e a Unids não têm direito de voto no Conselho, mas o setor privado, representado pela farmacêutica Merck/MSD, e as fundações privadas, representadas pela FBMG, que deu cerca de US\$ 1,5 bilhão para o Fundo, têm”, comenta a autora.

O fato de o Fundo Global, como muitas outras PPP, também citar “oportunidades de negócios” (www.theglobalfund.org/en/business) – contratos lucrativos – como uma característica primordial de seu trabalho, mostra, na opinião da autora, como a saúde global vem sendo capturada por interesses comerciais de uma forma inédita.

Segundo Anne-Emanuelle, entre 20 e 25% do orçamento bienal da OMS está relacionado ao trabalho em conjunto com essas parcerias, o que a torna cada vez mais dependente do capital privado. Ela conta que, apesar de, em 2007, o Conselho Executivo da OMS ter reconhecido os inúmeros problemas causados pelas PPPs – fragmentação dos esforços e das políticas globais de saúde, a questão custo-eficácia e a falta de compromisso sobre os resultados, entre outros –, desde 2012-2013, a organização deixou de apresentar sistematicamente em seu orçamento bienal dados sobre a sua participação em PPP, admitindo que “nem sempre tem o controle completo dos resultados e produtos”. Para a pesquisadora, a prova mais contundente do papel paradoxal que a OMS assume em relação aos problemas das PPPs e ao crescente envolvimento do setor privado no seu trabalho é uma resolução da Assembleia Mundial da Saúde de 2010 (WHA63.27), que insta os países a “construtivamente envolverem o setor privado na prestação de serviços de saúde essenciais”.

Certamente, como reconhece Anne-Emanuelle, algumas PPPs de saúde global têm ajudado na pesquisa, no desenvolvimento e na ampliação do acesso a produtos farmacêuticos, mas, de forma geral, elas acabam repetindo os mesmos vícios

“Não há PPP para a justiça social em saúde”

Anne-Emanuelle Birn

dos doadores regulares de saúde: imposição de agendas externas, fraca harmonização com as partes interessadas e os governos nacionais, sub-financiamento e aviltamento do setor público. Em última análise, os programas desenvolvidos pelas PPPs – com foco na doença, definidos de cima para baixo – colocam em risco os sistemas de saúde e impedem as abordagens integradas. “Não há PPP para a justiça social em saúde”, brinca a professora, lembrando que essas preocupações são agravadas pela incongruência que existe entre os mandatos com fins lucrativos de empresas e compromisso da OMS para a saúde como um direito humano.

Segundo ela, as parcerias público-privadas concedem incentivos para pesquisadores acadêmicos fazerem o trabalho de valor para os parceiros da indústria, o que é uma maneira dissimulada de a indústria privada influenciar a pesquisa em saúde global e a forma como os resultados científicos são divulgados e apropriados. Quando todos os benefícios das PPP são contabilizados, o resultado líquido é que a maioria das PPPs canalizam dinheiro público para o setor privado e não o contrário.

Em suma, as PPPs, fortemente moldadas pela FBMG permitem que interesses privados definam a agenda de saúde pública, dão legitimidade às atividades das corporações através da associação com as agências da ONU, equiparam os objetivos corporativos e públicos, e resultam numa série de conflitos de interesses, nos quais os parceiros privados buscam comercializar seus próprios produtos por meio de seu envolvimento na parceria. Além disso, acrescentam os fins lucrativos ao já problemático estilo de atuar da FR, com alguns agravantes. “Em contraste com a FR do passado, as PPPs promovem o lucro como finalidade primeira do trabalho em saúde global, em oposição a atividades estratégicas de saúde pública (contra a febre amarela, por exemplo), que beneficiaram os interesses capitalistas uma vez que o trabalho de saúde pública foi realizado”, observa a autora. ■