

História, Ciências, Saúde-Manguinhos

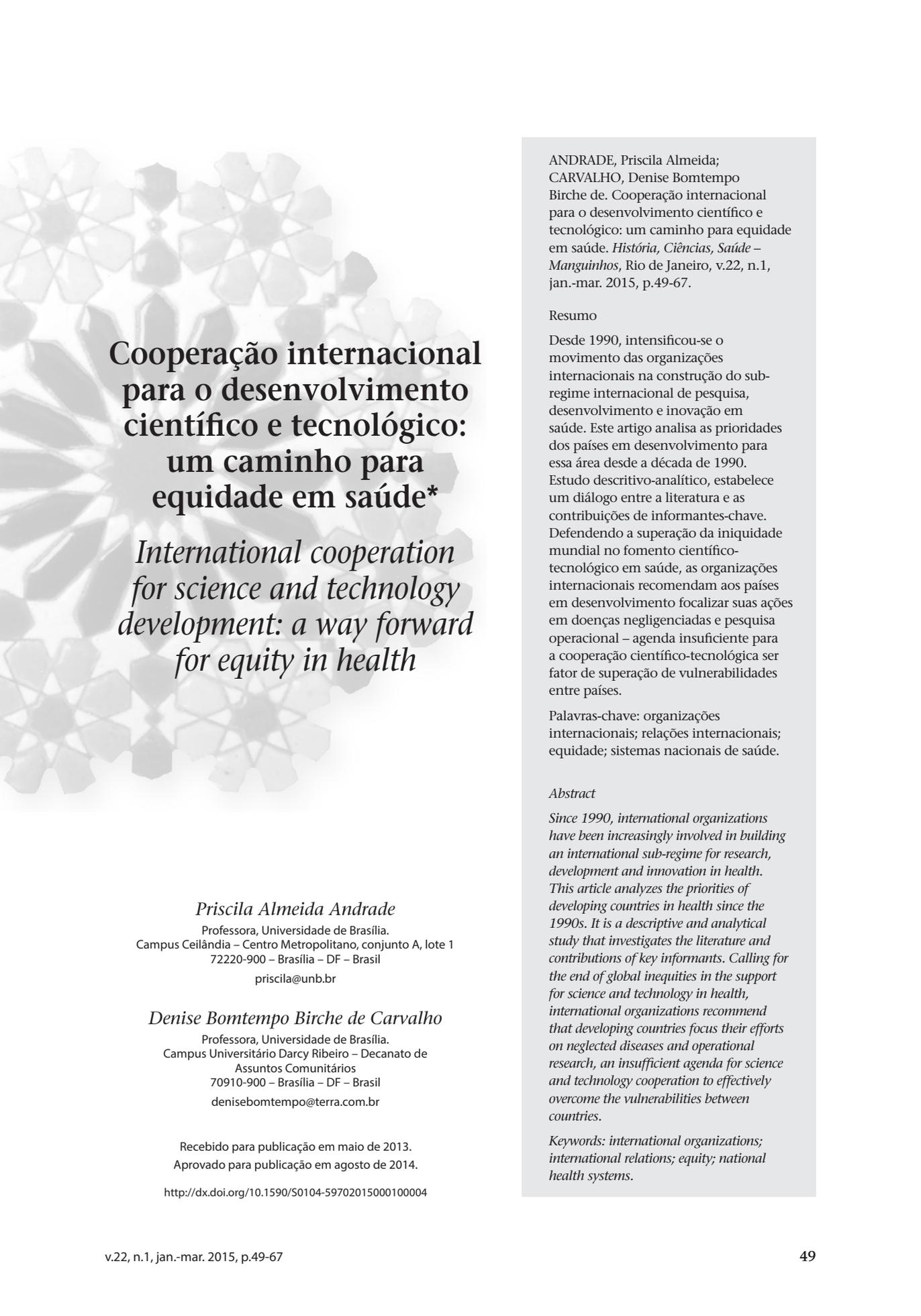


This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License, which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. Fonte:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702015000100049&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 11 abr. 2018.

REFERÊNCIA

ANDRADE, Priscila Almeida; CARVALHO, Denise Bomtempo Birche de. Cooperação internacional para o desenvolvimento científico e tecnológico: um caminho para equidade em saúde. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 49-67, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702015000100049&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 abr. 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702015000100004>.



Cooperação internacional para o desenvolvimento científico e tecnológico: um caminho para equidade em saúde*

*International cooperation
for science and technology
development: a way forward
for equity in health*

Priscila Almeida Andrade

Professora, Universidade de Brasília.
Campus Ceilândia – Centro Metropolitano, conjunto A, lote 1
72220-900 – Brasília – DF – Brasil
priscila@unb.br

Denise Bomtempo Birche de Carvalho

Professora, Universidade de Brasília.
Campus Universitário Darcy Ribeiro – Decanato de
Assuntos Comunitários
70910-900 – Brasília – DF – Brasil
denisebomtempo@terra.com.br

Recebido para publicação em maio de 2013.
Aprovado para publicação em agosto de 2014.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702015000100004>

ANDRADE, Priscila Almeida;
CARVALHO, Denise Bomtempo
Birche de. Cooperação internacional
para o desenvolvimento científico e
tecnológico: um caminho para equidade
em saúde. *História, Ciências, Saúde –
Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.22, n.1,
jan.-mar. 2015, p.49-67.

Resumo

Desde 1990, intensificou-se o movimento das organizações internacionais na construção do sub-regime internacional de pesquisa, desenvolvimento e inovação em saúde. Este artigo analisa as prioridades dos países em desenvolvimento para essa área desde a década de 1990. Estudo descritivo-analítico, estabelece um diálogo entre a literatura e as contribuições de informantes-chave. Defendendo a superação da iniquidade mundial no fomento científico-tecnológico em saúde, as organizações internacionais recomendam aos países em desenvolvimento focalizar suas ações em doenças negligenciadas e pesquisa operacional – agenda insuficiente para a cooperação científico-tecnológica ser fator de superação de vulnerabilidades entre países.

Palavras-chave: organizações internacionais; relações internacionais; equidade; sistemas nacionais de saúde.

Abstract

Since 1990, international organizations have been increasingly involved in building an international sub-regime for research, development and innovation in health. This article analyzes the priorities of developing countries in health since the 1990s. It is a descriptive and analytical study that investigates the literature and contributions of key informants. Calling for the end of global inequities in the support for science and technology in health, international organizations recommend that developing countries focus their efforts on neglected diseases and operational research, an insufficient agenda for science and technology cooperation to effectively overcome the vulnerabilities between countries.

Keywords: international organizations; international relations; equity; national health systems.

A globalização é um processo multidimensional, que inclui aspectos econômicos, políticos, culturais, sociais, científico-tecnológicos e populacional-migratórios. Conhecimento e tecnologias difundem-se facilmente pelos países, cujas fronteiras nacionais se tornam permeáveis a esses fluxos, favorecendo a expansão de novos mercados (Keohane, Nye, 2001). Pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação em saúde (PD&IS) também se incluem nesse movimento de interação global, embora sua gestão e seu acesso se insiram em uma estrutura assimétrica de poder no âmbito das relações internacionais.

Frente a esse cenário de interdependência global, os governos, a sociedade civil e o setor produtivo podem promover o surgimento de novas organizações, redes, processos, acordos e normas, por meio das relações diplomáticas, a fim de implementar atividades de cooperação científico-tecnológica que busquem minimizar as vulnerabilidades e iniquidades entre países (Kickbusch, Berger, 2010). As organizações internacionais (OIs) propiciam e potencializam as interações entre os atores, balizando o processo de negociação e o “jogo de poder” em torno de questões específicas. O papel desses agentes na política internacional tem crescido desde o século XX.

Herz e Hoffmann (2004, p.17) identificam dois tipos de OIs: as formadas por Estados nacionais e as que representam a sociedade civil, correspondendo às organizações intergovernamentais (OIGs) e às organizações não governamentais internacionais (Ongis), respectivamente. No âmbito da agenda sanitária global, a Declaração de Oslo, aprovada em 2007, identifica entre os atores estratégicos os governos, as fundações, as parcerias público-privadas, o Banco Mundial, as Ongis e OIGs – especialmente a Organização Mundial de Saúde (OMS). Esses atores apresentam ação interdependente, gerando um movimento dinâmico que flutua entre sinergias e conflitos (Fidler, 2011).

Diante da rede de interdependência entre os planos interno e externo, a política nacional de saúde necessita considerar também o movimento das OIs e o processo de definição de prioridades das agendas internacionais. Kickbusch e Berger (2010, p.22) afirmam que a política externa e a diplomacia oferecem importantes ferramentas para lidar com a crescente interdependência, atuando como extensões das iniciativas da política nacional. O alinhamento entre os interesses econômicos, sociais e diplomáticos dos países em desenvolvimento tem o potencial de contribuir para a redução da vulnerabilidade em relação aos países desenvolvidos, bem como de promover a equidade no âmbito científico-tecnológico em saúde. No cerne desse debate, inserem-se as atividades de PD&IS.

Segundo Lopes (2005, p.30), os proprietários do conhecimento científico e tecnológico ocupam posições mais relevantes na comunidade internacional. Apresentam vantagens comparativas, ao concentrarem conhecimento e informação – bens intangíveis –, podendo decidir o que produzir, o que divulgar, para quem e a que custo. Um agravante consiste no fato de que a PD&IS é fortemente concentrada em certas áreas e desenvolvida por um restrito grupo de instituições do setor produtivo, sendo a indústria o principal lócus que fomenta essas atividades.

Embora o acesso ao conhecimento seja controlado por seus proprietários, há necessidade de difundi-lo na rede global de interações dos atores, como condição para promover o avanço da ciência, conquistar ou manter espaços de mercado em um dado segmento. Especificamente na área da saúde, há intensificação no processo de geração e incorporação dos resultados das

atividades de PD&IS. A OMS estima que cerca de 50% dos avanços terapêuticos atualmente disponíveis são resultados dos avanços científico-tecnológicos ocorridos a partir da década de 1990 (Conass, 2007).

No que se refere à cooperação internacional nesse campo, o mapeamento mais recente de fluxos mundiais de recursos para PD&IS, realizado em 2007, estima investimento de US\$ 21,8 bilhões no setor saúde dos países em desenvolvimento, sendo que US\$ 1,1 bilhão financia atividades de PD&IS (Global..., 2009). Trata-se de investimento ainda incipiente, porém com o potencial de contribuir para a redução das iniquidades em saúde, desde que se alinhem as prioridades sanitárias, econômicas e diplomáticas de um dado país. Para isso, é fundamental identificar e interpretar as recomendações dos atores, especialmente das OIs, sobre as prioridades dos países em desenvolvimento para a PD&IS. Tal é o objetivo deste artigo.

As questões apresentadas já indicam a relevância do tema, cuja reflexão se enquadra no escopo do debate da bioética de intervenção. Essa vertente da bioética considera que o capitalismo globalizado é marcado por desigualdades nas relações entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, devido a problemas persistentes decorrentes da globalização econômica, da assimetria internacional, assim como da exclusão ao acesso dos resultados e dos produtos do desenvolvimento científico e tecnológico (Porto, Garrafa, 2005).

Desse modo, parte-se da premissa de que há interação entre os planos nacional e externo, cuja compreensão do movimento dos atores pode qualificar as ações dos países em desenvolvimento na perspectiva de minimizar sua vulnerabilidade nos processos de cooperação internacional científico-tecnológica em saúde. O fato de essa temática ser pouco mencionada pela literatura científica indica que há lacunas de pesquisa, cujo debate necessita ser aprofundado. Para desenvolver o argumento, o artigo estrutura-se em três partes. A primeira apresenta as contribuições da teoria das relações internacionais (TRI), particularmente das escolas institucionalista e construtivista, para a compreensão do papel das OIs no processo de harmonização e definição de prioridades na formulação de agendas globais. A segunda parte mostra o movimento das OIs e as prioridades definidas na agenda de saúde global para os países em desenvolvimento no campo da PD&IS, desde a década de 1990. A terceira revela reflexões sobre a cooperação internacional científico-tecnológica e seu papel na superação das iniquidades em saúde, corrigindo o *gap* 10/90.

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, de caráter descritivo e analítico. O procedimento de coleta de dados baseou-se no uso de fontes primárias e secundárias. A análise de conteúdo foi o método escolhido para o procedimento de tratamento da informação coletada, por meio das entrevistas de informantes-chave. O propósito consiste em identificar e refletir sobre o conteúdo das ideias centrais abordadas pela literatura técnico-científica e das mensagens comunicadas, de modo a estabelecer um diálogo e obter o máximo de informação com a devida pertinência sobre a temática (Bardin, 2011).

O primeiro passo para a seleção dos sujeitos da pesquisa fundamentou-se na identificação de atores estratégicos que atuam em OIs ativas no debate sobre fomento científico e tecnológico em saúde. Iniciadas após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, as entrevistas permitem analisar, de modo integrado e complementar, as contribuições dos participantes escolhidos, que ocupam diferentes cargos nas instituições selecionadas.

Durante as entrevistas, os sujeitos de pesquisa tiveram liberdade de expressar suas opiniões. Para garantir o sigilo, utilizaram-se a posição profissional e a instituição que representa o local da fala de cada sujeito da pesquisa, a fim de referenciá-los ao longo do artigo. Este estudo contou com a contribuição de sete entrevistados:

- consultor da OMS que atua no Departamento de Equidade, Pobreza e Determinantes Sociais da Saúde, na sede em Genebra (Suíça);
- ex-consultor da Organização Pan-americana da Saúde (Opas/OMS) que atuou por vinte anos na sede em Washington, também nas questões relacionadas a pobreza e saúde;
- dirigentes das Ongs Global Forum for Health Research e Council on Health Research for Development (Cohred);
- ex-diretor do Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR/OMS);
- ex-coordenador da Alliance for Health Policy and Systems Research Initiative;
- ex-consultor do Banco Mundial que integrou também o Comitê Ad Hoc de Pesquisa em Saúde da OMS.

Posteriormente às entrevistas, procedeu-se à fase de transcrição, a fim de transpor as mensagens comunicadas para informações escritas. Com base nesse texto consolidado, realizou-se a análise de conteúdo, extraíndo das falas as ideias centrais, as questões repetidamente mencionadas, os aspectos complementares entre os relatos, bem como os pontos de divergências e convergências entre os participantes em relação às referências bibliográficas consultadas. A partir dos seguintes procedimentos, efetuou-se o tratamento da informação coletada, conforme recomendado por Bardin (2011, p.100-101):

- análise temática, com base na qual são identificados os pontos centrais abordados na mensagem comunicada;
- análise das características associadas ao tema central, por meio da qual é observado o conjunto de significados, princípios, valores e interesses que cada entrevistado expressa no conteúdo de sua mensagem;
- análise sequencial, cujo procedimento permite a organização do conteúdo por meio da sequência apresentada, facilitando a identificação dos temas dominantes e das mensagens repetidas que aparecem de modo transversal ao longo de cada entrevista.

A partir desse procedimento, elaborou-se uma estrutura resumida de cada entrevista, destacando as mensagens centrais. Tal sistematização do conteúdo analisado possibilitou comparar as entrevistas, em termos de semelhanças e divergências, estabelecer o diálogo com a literatura consultada, assim como selecionar as principais mensagens a mencionar por contribuir para o resultado deste estudo.

Os dados secundários se baseiam na vertente bibliográfica e análise documental. Foi realizada ampla revisão de literatura sobre a relevância das OIs para os processos de cooperação, assim como a dinâmica da agenda internacional de saúde. Foram consultados também os relatórios internacionais que abordam a temática de ciência, tecnologia e inovação em saúde (CT&IS). Nessa perspectiva, o presente estudo fundamenta os argumentos apresentados a partir do diálogo entre os dados primários e secundários.

O papel das organizações internacionais na formulação de agendas globais

O século XXI é caracterizado como era do conhecimento, o que faz da PD&IS uma importante atividade de cooperação a ser negociada em âmbito mundial. O controle da produção, do desenvolvimento e da difusão de conhecimentos e tecnologias influencia a geopolítica, interferindo na posição estratégica dos países no sistema internacional (Santana, 2011; Miranda, Zaman, 2010). Observa-se que o futuro de um país como nação soberana depende também dos rumos que sejam dados ao desenvolvimento científico e tecnológico nacional e do quanto suas prioridades conseguem se inserir na agenda global de cooperação bilateral e multilateral (Alcoforado, 1997).

Diante da complexidade das questões que se colocam no cenário contemporâneo, há a necessidade de um diálogo mais próximo e abrangente entre saúde coletiva, bioética e relações internacionais, abordando a agenda de cooperação internacional para as atividades de PD&IS. Nesse contexto, as OIs apresentam papel de destaque na harmonização das expectativas e no balanceamento dos acordos entre os países. As reflexões das distintas escolas das relações internacionais contribuem para a compreensão do movimento das OIs e a definição de prioridades para a agenda global de um setor como a PD&IS.

À luz da teoria das relações internacionais (TRI), é possível analisar a interface das agendas políticas internacionais e nacionais em distintos setores, assim como a influência dos atores governamentais e OIs na definição de prioridades e implementação das políticas formuladas (Castro, 2001). No âmbito da TRI, um determinado tema é desenvolvido a partir de argumentos que se diferenciam nas várias escolas. Ciente da limitação de cada uma, aqui é abordada a ideia central sobre o papel das OIs na cooperação internacional, defendida pelas escolas institucionalista e construtivista. A combinação de tais contribuições tem o propósito de fundamentar a análise do objeto deste estudo.

A abordagem institucionalista concentra seu debate em torno de instituições e interesses. Defende que as instituições exercem influência sobre as situações políticas por meio das ações de atores, que se movimentam a partir de intencionalidade e racionalidade. Essa escola enfoca o debate na análise da atuação das OIs – ascensão, modificação e substituição dos regimes internacionais, os quais legitimam as expectativas da comunidade internacional sobre as políticas e lideranças para um dado setor. As contribuições de Keohane e Nye (2001) se destacam na corrente institucionalista. Para eles, a atual conjuntura é caracterizada pela interdependência complexa, cujas dimensões – sensibilidade e vulnerabilidade – precisam ser consideradas para entender as mudanças nas relações entre os atores. A sensibilidade à mudança diz respeito a alterações em agendas e políticas públicas nacionais, em resposta a novas condições advindas do plano externo, ao passo que a vulnerabilidade se refere aos custos sociais, políticos ou econômicos decorrentes das modificações introduzidas em agendas e políticas públicas domésticas, como resposta a estímulos e expectativas dos atores internacionais.

A interdependência caracteriza-se pela existência de múltiplos canais de ligação entre países, que abrangem interações informais entre atores públicos e privados; relações intergovernamentais formais; e ausência de hierarquia entre as questões dos distintos setores na agenda internacional. Os dilemas e as disputas de interesses podem emergir,

impulsionando inicialmente o conflito e depois a cooperação, que é necessária para minimizar a vulnerabilidade, reduzir incertezas, catalisar esforços e compartilhar bens coletivos, como o conhecimento científico-tecnológico em saúde (Castro, 2001).

Podem surgir situações, no entanto, em que determinados atores não se beneficiem ou não arquem com a totalidade dos custos de suas próprias ações. Isso pode se tornar um incentivo para que os países aceitem certas limitações em sua capacidade decisória individual, em favor de mecanismos coletivos de cooperação, nos quais as OIs desempenham papel estratégico (Keohane, 1984). Para os atores enfrentarem essa situação de interdependência, recomenda-se a articulação de posições conjuntas, de modo a favorecer o surgimento de padrões globais no que concerne à formação de agendas e políticas públicas nos diversos setores.

As políticas públicas nacionais, conseqüentemente, podem sofrer interferências externas ao considerar as expectativas e os interesses de um conjunto de OIs. Além disso, os interesses nacionais também podem intervir nas negociações e escolhas no cenário internacional, influenciando a definição de agendas globais. Ao promover uma rede de interações, a globalização impulsiona o processo de redefinição do papel do Estado, o qual passa a incorporar regras, valores e comportamentos mundiais, assim como a formular políticas públicas que estimulem as negociações e os intercâmbios, em favor de diferentes formas de cooperação bilateral e multilateral (Cervo, 2001).

Nesse contexto, ampliam-se as competências das OIs, cuja atuação ultrapassa as tradicionais funções estatais de plena jurisdição acerca de suas responsabilidades em âmbito nacional. Herz e Hoffmann (2004, p.55) salientam que os institucionalistas destacam a relevância das OIs para minimizar os conflitos, reduzir as incertezas e intermediar as negociações com o propósito de estabelecer a cooperação internacional. De fato, afirma Castro (2001, p.22), desde o final da Segunda Guerra Mundial, as potências vencedoras desenvolvem programa de construção de um complexo de OIs dedicadas a promover a cooperação multilateral em diversas áreas, como o desenvolvimento científico e tecnológico. Esse processo vem acompanhado também do aumento quantitativo e do fortalecimento de agentes não estatais no sistema internacional, como as Ongs e as companhias transnacionais – a indústria farmacêutica, por exemplo.

Cada OI gera um conjunto de ideias, interesses e valores próprios, que às vezes podem ser conflitantes entre si. Desse modo, algumas questões políticas, econômicas e sociais da esfera nacional podem ser mais bem compreendidas em sua totalidade se for considerada a influência desses atores. Nesse debate, insere-se a importância da construção, ascensão, mudança ou substituição dos regimes internacionais, um conjunto de princípios, normas, regras, implícitos ou explícitos, e procedimentos para tomada de decisão em torno dos quais as expectativas dos atores internacionais convergem em uma área específica. Os princípios são crenças sobre fatos; as normas são padrões de comportamento definidos em termos de direitos e obrigações. Finalmente, os procedimentos de decisão são práticas predominantes para definição e implementação de escolhas coletivas (Krasner, 1982).

Os regimes internacionais são específicos a uma área e abrangem interfaces com outros setores, conformando também sub-regimes internacionais. Esses podem promover a criação de outros arranjos institucionais para facilitar a governança global, a fim de harmonizar os conflitos de interesse existentes entre as sobreposições de setores distintos (Castro, 2001). Pensando no setor “saúde”, pode-se ilustrar tal argumento a partir da interface entre a agenda

de saúde global e a agenda de desenvolvimento, sobre o tema de propriedade intelectual, o qual interfere, por sua vez, no fomento científico-tecnológico da saúde. Desse modo, os interesses relacionados à área de PD&IS demandam a consolidação de um sub-regime internacional bem articulado com outros setores, harmonizando as expectativas dos atores quanto aos aspectos econômicos e sociais envolvidos, como, por exemplo, o monopólio de bens intangíveis e o acesso mundial a tecnologias sanitárias prioritárias.

Herz e Hoffmann (2004, p.20) acrescentam ao debate a ideia de que a criação de regimes internacionais pode resultar no surgimento de OIs. Essas podem emergir a partir das recomendações e expectativas comuns dos atores, e, uma vez criadas, as OIs são também agentes atuantes no desenvolvimento e na manutenção dos regimes internacionais que impulsionaram sua concepção. Segundo Keohane e Nye (2001, p.48-49), os regimes internacionais definem os limites aceitáveis de comportamento sobre várias questões, ou seja, reconhecem os padrões de práticas e ideias que definem as “regras do jogo”, propiciando que os comportamentos esperados pelos atores internacionais sejam reproduzidos em nível nacional, por meio de políticas públicas e legislações. Nesse sentido, os regimes internacionais podem facilitar os acordos entre os países, promovendo uma cooperação para além de uma busca individualizada de um ator em defesa de seus próprios interesses.

A outra escola da TRI na qual se baseia este estudo consiste no construtivismo, que contribui para a discussão sobre a relevância das ideias e lições aprendidas dos atores como indutores da cooperação. O construtivismo busca promover a compreensão do processo de argumentação, disputa e negociação entre a comunidade internacional. De acordo com Herz e Hoffmann (2004), essa abordagem busca interpretar a construção coletiva dos atores sobre as identidades, a racionalidade, os símbolos, as imagens, as concepções, as visões de mundo e preferências, colaborando para a formação de pactos sociais. Para os construtivistas, as OIs têm papel fundamental na divulgação, persuasão e transformação de ideias e interesses, ao influenciar a definição de prioridades dos países e sua incorporação na esfera nacional.

Nessa perspectiva, as abordagens da TRI mencionadas, respeitadas as limitações de cada uma, apresentam o potencial de instrumentalizar o debate da saúde coletiva sobre a dinâmica da comunidade internacional na definição de prioridades da agenda de saúde global, a partir da atuação das OIs na mediação desse processo. A compreensão de tal movimento reforça a importância da interface entre saúde coletiva e política externa, bem como a necessidade de ampliar a atuação dos países em desenvolvimento nas arenas internacionais, uma vez que as prioridades da agenda de saúde global e recomendações das OIs sobre o papel dos países em desenvolvimento nas atividades de PD&IS são reflexo das expectativas compartilhadas pela comunidade internacional; temática apresentada a seguir.

Prioridades dos países em desenvolvimento para o fomento científico e tecnológico em saúde

A análise da trajetória das prioridades sanitárias em nível global, considerando a ação das OIs e suas relações com as agendas nacionais de saúde, é um importante desafio do século XXI (Pires-Alves, Paiva, Hochman, 2008). De acordo com os entrevistados (Almeida-Andrade, 2007, p.91), os anos 1990 são marcados por intenso debate internacional sobre o papel dos sistemas

nacionais de saúde no fomento científico e tecnológico, especialmente devido à persistente assimetria no fluxo de recursos para financiamento das atividades de PD&IS entre os países. É esse cenário que indica a contradição existente entre as prioridades de investimento e a solução de problemas de saúde da população mundial.

Nesse período, são relevantes os esforços da Commission on Health Research for Development (Comissão sobre Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento), da Task Force on Health Research for Development (Força-tarefa sobre Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento), do Banco Mundial, do Comitê Assessor de Pesquisa em Saúde da OMS e do Global Forum for Health Research. As iniciativas lideradas por esses atores estão registradas e legitimamente reconhecidas pela comunidade internacional, por meio da publicação de seus relatórios:

- *Health research: essential link to equity in development*, em 1990, pela Comissão;
- *Essential National Health Research (ENHR): a strategy for action in health and human development*, em 1991, pela Força-tarefa;
- *Investing in health: world development indicators*, em 1993, pelo Banco Mundial;
- *Relating to future interventions options: investing in health*, em 1996, pelo Comitê Assessor de Pesquisa em Saúde da OMS.

Segundo os entrevistados, esses documentos são os marcos institucionais que impulsionam o fortalecimento da PD&IS na agenda de saúde global, desde os anos 1990. O entendimento desse movimento internacional colabora também na compreensão dos princípios e dos interesses, para os quais convergem a expectativa dos atores, legitimadas pelas OIs sobre o papel dos países em desenvolvimento nas atividades de PD&IS. Trata-se de área marcada por conflitos de interesses devido a suas dimensões sociais e econômicas.

O entrevistado do TDR identifica que, na década de 1990, cresce o papel do Banco Mundial no campo da saúde global e há um redirecionamento de investimentos de grupos de doadores para a estruturação de outras OIs com caráter de Ongis, pelo fato de elas apresentarem maior agilidade e flexibilidade de ação. Isso facilita a ampliação do debate sobre PD&IS em diferentes fóruns, ocasionando a perda da hegemonia da OMS na definição da agenda global. Além das tensões internas e externas da OMS, salienta o entrevistado, a pandemia do HIV/Aids e a disputa de interesses no debate sobre propriedade intelectual no campo da saúde, nesse período, também potencializam a mobilização dos atores para a reflexão sobre os desafios e as perspectivas do fomento científico e tecnológico em saúde.

Em seu relatório lançado em 1990, a Comissão sobre Pesquisa em Saúde para o Desenvolvimento aponta os principais problemas mundiais no campo científico e tecnológico em saúde. Essa Ongi constata a tradicional concentração de investimentos na pesquisa biomédica e experimental (em fases pré-clínica e clínica), em detrimento de estudos sobre gestão, políticas, sistemas e serviços de saúde. A Comissão reforça a existência de assimetrias, dividindo o globo em dois grupos. Os países desenvolvidos são reconhecidos como os que detêm *expertise*, experiência, infraestrutura científico-tecnológica, marcos regulatórios consolidados e recursos financeiros suficientes, ao passo que os países em desenvolvimento são caracterizados por sua fragilidade institucional, instabilidade financeira, baixa capacidade científica e produtiva e migração de pesquisadores para os países desenvolvidos.

Em seus estudos sobre fluxo de recursos, a Comissão rastreia o investimento mundial para as atividades de PD&IS, estimando investimento de aproximadamente US\$30 bilhões em 1990. Desse total, os países em desenvolvimento, especialmente seus governos, destinam apenas cerca de US\$680 milhões para atividades de PD&IS. As grandes quantias de contribuições são dos países desenvolvidos, em especial das indústrias farmacêuticas, agências públicas de fomento e OIs. Esse estudo também constata que as companhias farmacêuticas transnacionais investem US\$13 bilhões, alocando apenas cerca de US\$300 milhões desses recursos para a PD&IS de interesse dos países em desenvolvimento – produção de vacinas para a malária e esquistossomose, medicamentos antiparasitários e inseticidas para o controle vetorial. Os investimentos internacionais aplicam, portanto, a maioria dos seus recursos para as prioridades de pesquisa dos países desenvolvidos (Commission..., 1990).

Esse mapeamento contribui para a constatação da existência de profunda iniquidade no campo científico e tecnológico em saúde, situação que a comissão denomina *desequilíbrio 10/90* (*gap 10/90*). Isso significa que menos de 10% dos investimentos mundiais, de origem pública ou privada, destinados à PD&IS são direcionados para 90% dos problemas de saúde global da população (Global..., 2004).

A Comissão explica que esse *desequilíbrio* se forma, entre outras causas, devido ao fato de os países desenvolvidos terem priorizado em suas agendas governamentais o financiamento para PD&IS que atende às necessidades de sua população; iniciativa que não ocorre com a mesma força nos países em desenvolvimento. A expressão *gap 10/90* torna-se, assim, um símbolo mundial que qualifica a iniquidade decorrente da assimetria nas capacidades nacionais e nos processos de cooperação entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, na área científico-tecnológica em saúde (Global..., 1999). Como resultado desse esforço, a Comissão propõe uma agenda de ação para a comunidade internacional composta pelas seguintes recomendações (Commission..., 1990, p.88-89):

- emprego da estratégia *Essential National Health Research*, especialmente nos países em desenvolvimento. Trata-se da estruturação de sistemas nacionais de pesquisa em saúde que priorizem investigações operacionais sobre política e gestão em saúde;
- investimento de, no mínimo, 2% do produto interno bruto nessa estratégia;
- financiamento de, no mínimo, 2% do orçamento do setor saúde para o fortalecimento da capacidade nacional de pesquisa em saúde e fomento à PD&IS. Cabe aos governos promover incentivos fiscais para atrair investimentos do setor privado na área;
- alocação de, no mínimo, 5% dos recursos financeiros investidos pelas OIs para o fortalecimento da capacidade de pesquisa em saúde nos países em desenvolvimento;
- adoção do mérito técnico-científico e da relevância sanitária como critérios para investimento das atividades de PD&IS;
- fortalecimento de parcerias internacionais, com destaque para o papel da assistência internacional e de cooperação norte-sul no fomento científico-tecnológico como estratégias para reduzir as iniquidades em saúde;
- aumento dos investimentos para os programas de pesquisa da OMS e seu Comitê Assessor de Pesquisa em Saúde;

- criação de uma OI independente que monitore o progresso da PD&IS;
- priorização do fomento científico e tecnológico sobre doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas, saúde reprodutiva, tuberculose, deficiências de micronutrientes (vitamina A, iodo e ferro), saúde mental, saúde e meio ambiente, saúde do trabalhador, fatores de risco de doenças não transmissíveis, políticas, gestão, sistemas e serviços de saúde;
- financiamento de estudos de avaliação sobre intervenções comportamentais efetivas para reduzir os agravos, as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e a dependência química;
- fomento por parte de países com capacidade científico-tecnológica instalada em pesquisas sobre diabetes, cardiopatias, hipertensão arterial e câncer. O foco dessas atividades de PD&I é o desenvolvimento ou a adaptação de tecnologias, a produção de medicamentos, drogas, vacinas, kits diagnósticos e outros insumos estratégicos à saúde.

A Comissão defende que os resultados dessas atividades de PD&IS são transferíveis aos diversos países, independentemente de onde e em qual instituição sejam produzidos os conhecimentos e as tecnologias sobre os problemas de saúde que afetam a população mundial. Desconsidera-se no debate, no entanto, se existe a capacidade de os produtos e os resultados da PD&IS poderem ser transferidos e homoganeamente utilizados independentemente das especificidades locais de cada país. Não são abordados também os custos, o tempo e os mecanismos que possam garantir a conciliação desse processo, em especial frente ao cenário de proteção patentária de tecnologias sanitárias.

Panisset (1992, p.175) avança nesse argumento, mencionando que a transferência de bases científicas e tecnológicas entre as diversas partes do globo demanda uma capacidade local de pesquisa e de produção industrial nos países em desenvolvimento. Isso é fundamental para a produção, a incorporação e utilização de métodos, os procedimentos e práticas, bem como o manuseio de equipamentos e tecnologias. Essa relação entre o país provedor e o receptor, entretanto, frequentemente ocasiona dependência, de par com a colaboração, estabelecendo uma relação de poder em torno do domínio e do controle do conhecimento e dos recursos tecnológicos.

Chaves et al. (2007, p.265) também destacam outra questão que trata das transformações do sistema internacional de propriedade intelectual, refletindo em mudanças no desenvolvimento econômico, científico e tecnológico dos países, assim como na dinâmica do comércio internacional. Atualmente, esse sistema tem se tornado mais favorável aos interesses do detentor da patente, também no âmbito da saúde, privilegiando os interesses dos donos do conhecimento científico e tecnológico em saúde. Constata-se, assim, uma nova modalidade de detenção dos meios de produção. Esses argumentos convergem para a concepção da escola marxista da TRI sobre os processos de cooperação internacional.

Isso leva a pensar que é válido o primeiro esforço da Comissão; entretanto, suas recomendações não geram cenário favorável para que a cooperação internacional científica e tecnológica reduza as vulnerabilidades persistentes nos países em desenvolvimento. Para implementar sua agenda de ação, a Comissão incorpora suas recomendações na resolução da 43ª Assembleia Mundial de Saúde da OMS, aprovada em 1990. Trata-se de importante avanço

que consiste no reconhecimento da autoridade sanitária nacional como um dos principais demandantes, financiadores, indutores e usuários da PD&IS.

Outro resultado das iniciativas da Comissão é a criação de uma nova OI, em 1990, a força-tarefa. Trata-se de uma Ongi cujo principal desafio fundamenta-se na elaboração de um plano de ação para implementar as recomendações da comissão, mediante o desenvolvimento de projetos-piloto em alguns países, entre os quais o Brasil (Task, 1991). De acordo com um ex-diretor do TDR, o Brasil foi um dos países selecionados por apresentar significativa capacidade nacional de pesquisa em saúde em comparação com outros países em desenvolvimento. A Fiocruz foi a instituição escolhida para liderar a formação de consensos dentro do país, em decorrência de sua tradicional produção científica e tecnológica em saúde.

Tal movimento também promove a criação de outra Ongi, o Cohred. Esse ator surge a partir da expectativa de diversas OIs – entre elas o Banco Mundial –, que se mobilizam e decidem fundar uma instituição permanente para apoiar, especificamente, a estruturação e o fortalecimento de sistemas nacionais de pesquisa em saúde (Global..., 1999). Segundo o entrevistado do Cohred, essa nova Ongi surge com a missão de apoiar os países em desenvolvimento, por meio dos ministérios da Saúde, das universidades e das ONGs nacionais, a implementar as recomendações da comissão. Entretanto, argumenta o participante do TDR, as ações do Cohred na América Latina e no Caribe só se tornam mais significativas a partir de 2005, devido à entrada de representantes desses continentes no conselho da Ongi, contribuindo, assim, para o redirecionamento geográfico das prioridades da agenda institucional do Cohred.

Outro importante marco para o fortalecimento da PD&I na agenda sanitária global, afirmam os entrevistados, refere-se à atuação do Banco Mundial. Suas análises sobre o investimento internacional em saúde são publicadas no *World Development Report 1993: investing in health – world development indicators* (World Bank, 1993). Embora a comunidade internacional já reconheça a grande influência do Banco Mundial no campo da saúde, principalmente devido a sua força econômica, esse ator envolve a OMS em suas iniciativas, por considerar sua capacidade técnica e legitimidade técnico-política, em especial junto aos ministérios de Saúde de seus Estados-membros, que representam predominantemente os países em desenvolvimento (Brown, Cueto, Fee, 2006). O relatório divulga a visão do Banco Mundial sobre a relação entre saúde e desenvolvimento, havendo um tópico que aborda a relevância do fomento científico e tecnológico. Ao analisar o conteúdo do documento, nota-se que a ideia central não associa a saúde à concepção de direito social, nem à de cidadania. Ao contrário, o Banco reconhece a saúde como um bem público global essencial para o desenvolvimento de um país.

Adotando o conceito proposto por Smith (2003), para um bem ser público, é preciso que seus benefícios não se restrinjam a um grupo específico nem seu consumo a um indivíduo ou a uma nação. O bem público global é aquele que promove o benefício coletivo, não podendo ser excludente ou gerar a competição entre os consumidores para o acesso a esse bem em âmbito mundial. Nessa perspectiva, a saúde não é um bem público, nacional nem tampouco global. Os referidos autores destacam que, no caso da saúde, os benefícios para a coletividade se restringem apenas aos resultados das ações de vigilância em saúde, particularmente para o controle de doenças transmissíveis que incidem, ao mesmo tempo, nos países desenvolvidos e

em desenvolvimento. O acesso à promoção da saúde, à prevenção e ao tratamento de doenças ainda é excludente, reforçando as iniquidades existentes.

Em defesa da ideia de que a saúde é um bem público global, o Banco Mundial fundamenta suas propostas a partir de uma perspectiva biomédica e tecnicista, desconsiderando a relevância dos determinantes sociais no processo saúde/doença. Com tal raciocínio, esse ator associa a melhoria das condições de saúde da população principalmente ao acesso a tecnologias, medicamentos e serviços assistenciais. De acordo com o entrevistado da OMS, é preciso considerar que o Banco Mundial se alinha às expectativas e aos interesses dos ministros da área econômica, os quais indicam quanto e em que é preciso investir no país.

Na perspectiva do Banco Mundial, cabe aos governos impulsionar a diversidade e a competição do mercado em saúde – prestadores de serviços e produtores de medicamentos, equipamentos e imunobiológicos. É também responsabilidade do Estado atuar nas falhas e crises do mercado, a fim de garantir a estabilidade econômica e os incentivos ao setor produtivo. Por outro lado, cabe ao mercado o investimento em PD&IS. Para esse organismo internacional, a responsabilização do setor produtivo privado com as questões que envolvem maiores investimentos e riscos é uma estratégia para otimizar a alocação dos recursos do Estado, com o intuito de assegurar a equidade como o princípio orientador das ações de saúde. O Banco Mundial também recomenda como alternativa para os países em desenvolvimento, com escassos recursos financeiros, a solicitação de doações ou empréstimos financeiros à comunidade internacional. Verifica-se que essa OI também reforça o papel da assistência internacional e da cooperação norte-sul.

Por conseguinte, as ideias e os interesses mencionados anteriormente também permeiam as reflexões desse organismo internacional sobre o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde. Alinhando-se à agenda da comissão de 1990, o referido organismo recomenda as seguintes áreas prioritárias para a geração de conhecimento nos países em desenvolvimento: saúde da mulher, avaliação da satisfação do usuário, análise do custo/efetividade das intervenções de saúde, avaliação das práticas médicas e estudos sobre a assistência farmacêutica, abordando a automedicação e a resistência antimicrobiana (World Bank, 1993). Verifica-se que a pesquisa operacional continua a ser entendida como a investigação estratégica para esse grupo de países. Essa OI propõe ainda à comunidade internacional a criação de arranjos institucionais, como iniciativas e fundos globais. O objetivo é financiar pesquisas biomédicas e experimentais, com o foco no desenvolvimento de tecnologias sanitárias, cujos benefícios tenham potencial de transcender as fronteiras nacionais.

Nessa perspectiva, cabe, preferencialmente, ao setor privado o fomento à pesquisa básica e tecnológica. O desenvolvimento dessas atividades, entretanto, precisa de apoio governamental, mediante subsídios ou intervenções para minimizar os riscos e as incertezas do mercado. Para o Banco Mundial, o conhecimento e a tecnologia gerados pela PD&IS são também compreendidos como bens públicos globais. Mesmo sem aprofundar o debate sobre o direito de propriedade intelectual, o Banco Mundial argumenta que, após o período de vigência de uma determinada patente, o conhecimento científico e tecnológico em saúde se torna amplamente disponível para a coletividade.

Observa-se que nessa perspectiva a proteção do bem intangível, por um período limitado, é entendida como um importante mecanismo de incentivo ao mercado para investir na

área e assegurar lucros. A restrição do acesso de determinados segmentos populacionais aos benefícios da PD&IS por certo tempo, período de vigência de uma patente, é, na visão do Banco Mundial, um preço justo a ser pago. Nesse sentido, cabe aos países em desenvolvimento agir nas lacunas de conhecimento, por meio de parcerias público-privadas, incentivando a PDI&S em áreas tradicionalmente desconsideradas pelo mercado, como as enfermidades que incidem, predominantemente, na população que vive em situação de pobreza – são as doenças negligenciadas. Nessa lógica, o referido organismo também recomenda aos países em desenvolvimento a seguinte agenda de prioridades para a PD&IS (World Bank, 1993, p.152):

- difteria, poliomielite, tétano, doenças diarreicas;
- *kits* diagnósticos e vacinas mais custo-efetivas para pneumonia;
- *kits* diagnósticos, instrumentos para monitoramento da resistência antimicrobiana e novos medicamentos para o tratamento da tuberculose;
- métodos diagnósticos para acidente vascular cerebral e doença isquêmica do coração.

Mesmo diante das mobilizações realizadas, a OMS ainda se mantém à margem do processo. Paradoxalmente, afirma o entrevistado do TDR, o Banco Mundial é a principal instituição a apoiar os programas de pesquisa da OMS, mantendo a autonomia financeira e a descentralização das atividades do TDR, por exemplo. O apoio do banco aos especialistas do TDR tem facilitado o processo de negociação com a OMS nos períodos de maior instabilidade institucional, salienta o entrevistado. Observam-se, assim, contradições intrínsecas às orientações políticas da OMS, pois, mesmo participando e apoiando as iniciativas anteriores, o fomento científico e tecnológico em saúde ainda não havia conquistado destaque em sua agenda institucional. O entrevistado do Banco Mundial afirma que não é prioridade na agenda da OMS financiar nem desenvolver pesquisas, somente alguns programas específicos, como o TDR, que tem o enfoque direcionado para um portfólio de doenças e treinamento de pesquisadores.

Frente a esse desafio, afirma o entrevistado do TDR (Almeida-Andrade, 2007, p.118), forma-se uma aliança dentro da própria OMS que defende a relevância da PD&IS para o controle de doenças e o fortalecimento de sistemas de saúde. A partir dessa iniciativa, reestrutura-se o Comitê Assessor de Pesquisa em Saúde da OMS. Esse movimento resulta na inserção de atores estratégicos no comitê, como pesquisadores do Banco Mundial que também lideraram a elaboração do relatório de 1993. Acredita-se que, mediante o fortalecimento dessa instância, é possível ampliar o debate sobre PD&IS dentro e fora da OMS.

Com base em suas análises, o comitê reitera as prioridades indicadas no relatório de 1993 e define os temas da denominada agenda inconclusa de saúde da comunidade internacional. Esse esforço é sistematizado na publicação do *Relating to future interventions options: investing in health*, que recomenda as seguintes áreas para o fomento científico e tecnológico em saúde (Ad Hoc..., 1996, p.XXXVII-XXXVIII):

- morbimortalidade materno-infantil;
- resistência antimicrobiana, com foco para o *Mycobacterium tuberculosis*, o *Streptococcus pneumoniae*, o *Plasmodium falciparum* e o HIV;

- equidade em saúde e eficiência dos sistemas e serviços de saúde;
- doenças não transmissíveis e agravos, com destaque para as cardiopatias, transtornos mentais, neoplasias e doenças respiratórias crônicas, devido à necessidade de desenvolver intervenções mais custo-efetivas para prevenir, diagnosticar e tratar essas morbidades.

A ideia principal também reforça o argumento de que cabe aos países em desenvolvimento concentrar predominantemente seus esforços na pesquisa operacional, o que pode limitar sua ação na PD&IS e, por conseguinte, na criação e produção de tecnologias sanitárias. Diante desse impasse, a comunidade internacional amplia a discussão sobre o papel dos países em desenvolvimento na pesquisa de alta intensidade tecnológica na área de saúde, afirma o entrevistado do TDR (Almeida-Andrade, 2007, p.121). O comitê também destaca, para a comunidade internacional, a necessidade de criar outra OI capaz de promover o diálogo entre os atores e desenvolver estudos sobre carga de doença e fluxo de recursos mundiais para PD&IS. Por conseguinte, surge, em 1998, o Global Forum for Health Research (Fórum Global para a Pesquisa em Saúde), como desdobramento das expectativas dos atores internacionais.

Os esforços para a PD&IS, historicamente, desenvolvem-se de modo desarticulado e com poucos espaços de visibilidade e negociação. A junção de diferentes atores dos setores público e privado, principalmente relacionados às áreas de saúde e economia, é fundamental para discutir questões e desafios globais no campo científico e tecnológico. De acordo com os entrevistados da OMS e do Banco Mundial, as criações do Fórum Global para a pesquisa em Saúde e de fundos globais de investimento à P&D são essenciais para estruturar arranjos institucionais com o propósito de reduzir as iniquidades mundiais na área de saúde (Almeida-Andrade, 2007, p.123). O Global Forum for Health Research (1999, 2004) enfatiza que é possível corrigir o *gap* 10/90, propondo aos países em desenvolvimento a seguinte agenda de prioridades para a PD&IS: doenças negligenciadas; relação entre política de saúde e sistemas de pesquisa em saúde; carga de doença; estratégias efetivas para reduzir a desnutrição; saúde reprodutiva; doença cardiovascular, saúde mental e acidentes de trânsito; violência doméstica; prevenção e tratamento de dependentes químicos.

Outro importante movimento no contexto internacional, durante a década de 1990, consiste na ampliação da interface entre as agendas de desenvolvimento e de saúde global, lideradas pela Organização Mundial do Comércio e pela OMS, respectivamente. Essa conjuntura tem trazido novos desafios, demandando a reflexão sobre a formulação do sub-regime internacional, relacionado com o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, no qual se inserem novos desafios para as agendas sanitárias nacionais, regionais e globais, como propriedade intelectual em saúde, regulação e incentivos para as atividades de PD&IS.

Esse processo de negociação marca a década de 2000, a partir da aprovação de novos mandatos internacionais, formulados a partir da convergência de expectativas dos atores, mediados por OIs. Dentre esses novos marcos institucionais, é válido destacar o acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio e Saúde Pública; a Estratégia Global de Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual; a Declaração de Oslo; a Estratégia Mundial de Pesquisa em Saúde da OMS; e a Política de Investigação da Opas/OMS.

Vale ressaltar, em especial, a aprovação da Estratégia Mundial de Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual e seu plano de ação na 61ª Assembleia Mundial de Saúde, em 2008.

É uma histórica conquista dos países em desenvolvimento, na qual o Brasil tem desempenhado importante papel na negociação internacional. Trata-se de mais um esforço que mobiliza a comunidade estrangeira para a formulação do sub-regime internacional de PD&IS, de modo a contribuir para a redução de iniquidades em saúde, por meio da articulação das agendas sanitárias e de desenvolvimento, assim como da cooperação internacional. Nesse acordo, os atores legitimam a convergência de suas expectativas em uma agenda que visa à consolidação do fomento científico e tecnológico na gestão em saúde, composta pelas seguintes ações:

- definição de prioridades e promoção da PD&IS;
- desenvolvimento e aperfeiçoamento da capacidade de pesquisa;
- transferência de tecnologias;
- gestão da propriedade intelectual em saúde;
- aperfeiçoamento da distribuição dos resultados das atividades de PD&IS e acesso a eles;
- promoção de mecanismos sustentáveis de financiamento;
- estabelecimento de sistemas de monitoramento e registros das atividades de PD&IS.

Estima-se um investimento de 147 bilhões de dólares para a implementação da estratégia no período de 2009-2015. Desse total, pretende-se financiar anualmente cinco bilhões de dólares para atividades de PD&I relacionadas com os problemas de saúde dos países em desenvolvimento (Global..., 2009). Tal retrospectiva sobre o movimento das OIs traz subsídios que evidenciam o esforço dos atores visando consolidar um sub-regime internacional para a PD&IS, com o potencial para minimizar as assimetrias na cooperação científica e tecnológica em saúde. Cabe ainda aprofundar o debate se essa mobilização realizada é suficiente para corrigir os desequilíbrios decorrentes do denominado *gap* 10/90. A seguir apresentamos algumas reflexões sobre essa questão.

Correção do *gap* 10/90: sonho ou realidade?

Diante do contexto de interdependência assimétrica entre países, conforme discutido na primeira parte do artigo, observa-se que as atividades de cooperação internacional para o fortalecimento da capacidade de pesquisa nos países em desenvolvimento parecem uma ação contraditória. Mesmo compreendendo a complexidade e a não linearidade do processo de produção do conhecimento, como afirma Guimarães (2005, p.243), a atividade de pesquisa é a base para o desenvolvimento de tecnologias e de inovações. Estes três componentes – pesquisa, tecnologia e inovação – formam sistemas interdependentes que precisam estar integrados e com o foco nos interesses nacionais e nas possibilidades de inserção do país no mercado internacional. A inovação é interdependente da pesquisa, e, no caso da saúde, inovação também significa acesso (Comisión..., 2006, p.23).

De acordo com os participantes da Opas/OMS, aos atores não interessa que os países em desenvolvimento sejam autossustentáveis, principalmente no que diz respeito à criação e à produção de tecnologias sanitárias. O incentivo ao desenvolvimento de vacinas e medicamentos para doenças negligenciadas decorre da existência de persistente lacuna de conhecimento ocasionada por falhas de mercado. Além disso, os entrevistados enfatizam

que é interessante para os próprios países desenvolvidos, especialmente para suas indústrias, realizar etapas da investigação nos países em desenvolvimento, particularmente devido aos menores custos de produção e à maior flexibilidade de algumas instituições e legislações para a avaliação de aspectos éticos na pesquisa em saúde.

Os países desenvolvidos se beneficiam ao utilizar o conhecimento disponível e a capacidade de PD&I dos países em desenvolvimento como um mecanismo para reduzir os riscos das companhias farmacêuticas transnacionais na etapa de testes pré-clínicos e clínicos, bem como para diminuir os custos econômicos na escala de produção de tecnologias sanitárias. Os países desenvolvidos não pretendem qualificar nem gerar futuros competidores no mercado internacional de saúde, afirmam os entrevistados da Opas/OMS (Almeida-Andrade, 2007, p.142). É preciso, entretanto, que os países em desenvolvimento tenham mínima capacidade científica e tecnológica, para que consigam exportar os resultados das fases iniciais dos estudos pré-clínicos e clínicos realizados, em seu território, para os países desenvolvidos.

Esse processo otimiza a produção das companhias transnacionais e compartilha os riscos e os custos em nível mundial. Para os entrevistados, não há competição, pois as etapas críticas das pesquisas, necessárias para a criação de uma patente, permanecem em sigilo nos países desenvolvidos. Esse conhecimento gerado na PD&IS pode ser transferido para os países em desenvolvimento, só que com o preço que o setor produtivo, particularmente dos países desenvolvidos, decide. Forma-se, assim, um ciclo de interdependência que, geralmente, resulta em alto custo econômico e social para os países em desenvolvimento – acrescenta o consultor da Opas/OMS (Almeida-Andrade, 2007, p.142).

Desse modo, prosseguem os entrevistados da Opas/OMS (Almeida-Andrade, 2007, p.142), em alguns países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, há significativa capacidade de ciência e tecnologia, de produção industrial e marco regulatório para a inovação e a ética na pesquisa em saúde. No entanto, o fomento desses países para a execução de estudos experimentais concentra-se, tradicionalmente, apenas nas fases pré-clínicas iniciais, devido, em especial, à descontinuidade de investimento e à desarticulação de políticas públicas setoriais fundamentais para o avanço da PD&IS: industrial, CT&I, educação e saúde.

Esses relatos estão em conformidade com as reflexões de Panisset (1992). De acordo com o autor, por ser a arena internacional inerentemente conflitiva e sem uma autoridade superior aos Estados nacionais, a transferência unidirecional de conhecimento dos países desenvolvidos àqueles em desenvolvimento pode agravar a relação assimétrica de poder, na dimensão científico-tecnológica da globalização. De fato, há um forte mercado interessado no campo da saúde; o desafio dos governos é convergir os interesses econômicos e sociais envolvidos nesse setor.

As assimetrias intrínsecas ao sistema capitalista podem excluir grandes segmentos populacionais do acesso aos benefícios das atividades de PD&IS, o que poderia dificultar a promoção da equidade em saúde. Smith (2003, p.475) segue esse raciocínio, acrescentando que, apesar de as OIs defenderem que o conhecimento científico e tecnológico são bens públicos globais, as restrições colocadas pelo sistema de propriedade intelectual, por exemplo, privilegiam grupos restritos por um longo tempo. Os maiores beneficiados por essas ideias são os segmentos populacionais com melhores níveis de renda e o grupo de países que já apresenta alta capacidade de pesquisa e de inovação.

Esse cenário de desequilíbrio no investimento, na produção e no acesso aos produtos gerados pela PD&IS pode inviabilizar a consolidação de sistemas nacionais de saúde universais e integrais, assim como a superação das iniquidades em saúde. A correção do *gap* 10/90 está relacionada com a conquista da simetria e com a igualdade de oportunidades e de acesso aos benefícios gerados no campo científico e tecnológico da saúde (Miranda, Zaman, 2010). Nesse cenário, a equidade também se torna o princípio orientador para alocação dos recursos, a partir do reconhecimento das diferentes necessidades frente às desiguais capacidades e oportunidades de vários grupos populacionais e países. A igualdade consiste no resultado da equidade, cujo desfecho é o alcance da justiça social e da garantia do conjunto de direitos humanos, entre eles o da saúde (Garrafa, Oselka, Diniz, 1997, p.30). A partir desse raciocínio, pode-se afirmar que a correção do *gap* 10/90 no cenário contemporâneo pode ser inalcançável, porém é um incentivo para mobilizar a comunidade internacional a minimizar as vulnerabilidades dos países em desenvolvimento em relação aos desenvolvidos, geradas a partir dos processos de cooperação.

Nesse sentido, defende-se aqui que a integralidade também seja um princípio orientador das iniciativas de PD&IS, por acreditar que, juntamente com a equidade, é possível ampliar o acesso da população que vive em situação de pobreza aos benefícios dos novos conhecimentos gerados. As OIs são atores estratégicos que podem estimular a reflexão e catalisar as negociações sobre questões, identificadas por este estudo como lacunas no debate internacional:

- o monitoramento das ações e os avanços para superação das iniquidades em saúde nos países em desenvolvimento, revisando as prioridades de PD&IS;
- a consideração do processo de transição epidemiológica dos países em desenvolvimento nas prioridades da agenda sanitária global para PD&IS;
- a análise e o acompanhamento das prioridades defendidas, especialmente pelos países desenvolvidos, nas atividades de cooperação com os países em desenvolvimento;
- a elaboração de mecanismos e estratégias de cooperação para assegurar aos países em desenvolvimento o acesso aos resultados das atividades de PD&I fomentadas pelos países desenvolvidos, diante do sistema de propriedade intelectual;
- o fortalecimento dos princípios da equidade e da integralidade no regime internacional de propriedade intelectual e sub-regime de PD&IS;
- a agenda de prioridades das companhias farmacêuticas e biotecnológicas transnacionais.

Considerações finais

Desde a década de 1990, há uma pluralidade de OIs que assumem papel de destaque na cooperação internacional para promover o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde nos países em desenvolvimento. Com o crescimento da atuação do Banco Mundial nas questões relacionadas com a saúde global, a OMS deixa de ser o ator hegemônico. Essa conjuntura contribui também para o surgimento de novos atores no debate da PD&IS, como o Cohred e o Global Forum for Health Research. O movimento das OIs mobiliza ainda a OMS, a qual passa a participar mais ativamente nas negociações e iniciativas relacionadas com a construção do sub-regime internacional de PD&IS.

Há uma expectativa compartilhada da comunidade internacional expressa na defesa da superação do desequilíbrio mundial referente ao investimento nas prioridades de PD&IS dos países em desenvolvimento, situação denominada *gap* 10/90. Frente a esse cenário, as OIs atribuem aos países em desenvolvimento a responsabilidade de investir em atividades de PD&IS sobre doenças negligenciadas e em estudos acerca de gestão em saúde. Por outro lado, cabe aos países desenvolvidos priorizar as iniciativas relacionadas com as doenças não transmissíveis e outras de interesse das companhias transnacionais, bem como transferir os resultados das atividades de PD&IS para os países em desenvolvimento, por meio da cooperação internacional.

No entanto, as assimetrias nas relações de poder, especialmente nas dimensões econômica e científico-tecnológica, entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento são questões que interferem nos processos de cooperação. De fato, há um forte mercado localizado nos países desenvolvidos interessado nas atividades de PD&IS, apesar de essa área não poder ser considerada meramente em sua lógica econômica uma relação de exportação e importação de conhecimentos e tecnologias, pois apresenta também uma dimensão social.

Desse modo, os desequilíbrios intrínsecos ao sistema capitalista podem excluir grandes segmentos populacionais do acesso aos benefícios de pesquisas e aos produtos oriundos das atividades de PD&IS, o que pode dificultar a promoção da equidade em saúde nos países em desenvolvimento. A correção do *gap* 10/90 não parece ser viável; porém, minimizar as iniquidades na cooperação científico-tecnológica entre países é um caminho possível. Para isso, a equidade e a integralidade necessitam ser adotadas como princípios orientadores das ações de cooperação internacional entre os diferentes atores.

NOTA

* Este artigo é elaborado a partir da investigação desenvolvida durante o mestrado do Programa de Política Social da Universidade de Brasília, que resultou na dissertação *Análise da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (1990 a 2004): a influência de atores e agendas*, defendida em 2007.

REFERÊNCIAS

AD HOC...

Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Interventions Options. *Relating to future interventions options: investing in health*. Geneva: World Health Organization. 1996.

ALCOFORADO, Fernando. *Globalização*. São Paulo: Nobel. 1997.

ALMEIDA-ANDRADE, Priscila. *Análise da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (1990 a 2004): a influência de atores e agendas internacionais*. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília. 2007.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70. 2011.

BROWN, Theodore; CUETO, Marcos; FEE, Elizabeth. *A transição de saúde pública “internacional”*

para “global” e a Organização Mundial da Saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.13, n.3, p.623-47. 2006.

CASTRO, Marcus Faro de. *De Westphalia a Seattle: a teoria das relações internacionais em transição*. *Cadernos do Rel*, n.20. 2001.

CERVO, Amado Luiz. *O final do século XX: dificuldades para a construção de uma ordem global*. In: Saraiva, José Flávio Sombra. *Relações internacionais: dois séculos de história*. v.2. Brasília: Instituto Brasileiro de Relações Internacionais. p.175-210. 2001.

CHAVES, Gabriela Costa et al. *A evolução do sistema internacional de propriedade intelectual: proteção patentária para o setor farmacêutico e acesso a medicamentos*. *Cadernos de Saúde Pública*, v.23, n.2, p.257-267. 2007.

COMISIÓN...

Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública. *Salud pública, innovación y derechos de propiedad intelectual: informe de la Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2006.

COMMISSION...

Commission on Health Research for Development. *Health research: essential link to equity in development*. New York: Oxford University Press. 1990.

CONASS.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Gestão de tecnologias em saúde. *Progestores: para entender a gestão do SUS*. v.4. Brasília: Conass. p.56-86. 2007.

FIDLER, David.

Assessing the foreign policy and global health initiative: the meaning of the Oslo process. London: Chatham House. 2011.

GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel; DINIZ, Débora.

Saúde pública, bioética e equidade. *Bioética*, v.5, n.1, p.27-33. 1997.

GLOBAL...

Global Forum for Health Research. *Monitoring financial flows for health research 2009: behind the global numbers*. Geneva: Global Forum for Health Research. 2009.

GLOBAL...

Global Forum for Health Research. *The combined approach Matrix: a priority-setting tool for health research*. Geneva: Global Forum for Health Research. 2004.

GLOBAL...

Global Forum for Health Research. *The 10/90 report on health research 99: promoting research to improve the health of poor people*. Geneva: Global Forum for Health Research. 1999.

GUIMARÃES, Reinaldo.

Ciência, tecnologia e inovação: um paradoxo na reforma sanitária. In: Lima, Nísia Trindade et al. (Org.). *Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz. p.235-256. 2005.

HERZ, Mônica; HOFFMANN, Andrea Ribeiro.

Organizações internacionais: história e práticas. Rio de Janeiro: Elsevier. 2004.

KEOHANE, Robert.

After hegemony: cooperation and discord in the world political economy. Princeton: Princeton University Press. 1984.

KEOHANE, Robert; NYE, Joseph.

Power and interdependence. New York: Longman. 2001.

KICKBUSCH, Ilona; BERGER, Chantal.

Diplomacia da saúde global. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, v.4, n.1, p.19-24. 2010.

KRASNER, Stephen.

Structural causes and regimes consequences: regimes as intervening variables. *International Organization*, v.36, n.2, p.1-21. 1982.

LOPES, Carlos.

Cooperação e desenvolvimento humano: agenda emergente para o novo milênio. São Paulo: Editora Unesp. 2005.

MIRANDA, Jaime; ZAMAN, Justin.

Exporting "failure": why research from rich countries may not benefit the developing world. *Revista de Saúde Pública*, v.44, n.1, p.185-189. 2010.

PANISSET, Ulysses.

Reflections on health as an international issue. In: Pan American Health Organization. *International health: a north-south debate*. Washington: Pan American Health Organization, p.165-192. 1992.

PIRES-ALVES, Fernando; PAIVA, Carlos; HOCHMAN, Gilberto.

História, saúde e seus trabalhadores: da agenda internacional às políticas brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, n.3, p.819-829. 2008.

PORTO, Dora; GARRAFA, Volnei.

Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. *Bioética*, v.13, n.1, p.111-123. 2005.

SANTANA, José Paranaguá de.

Um olhar sobre a cooperação sul-sul em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.6, p.2993-3002. 2011.

SMITH, Richard.

Global public goods and health. *Bulletin of the World Health Organization*, v.81, n.7, p.465. 2003.

TASK...

Task Force on Health Research for Development. *Essential National Health Research: a strategy for action in health and human development*. Geneva: United Nations Development Programme. 1991.

WORLD BANK.

World Development Report 1993: investing in health – world development indicators. New York: Oxford University Press. 1993.

