A TRANSFERÊNCIA DE TECNOLOGIA DO BRASIL PARA MOÇAMBIQUE PARA A FABRICAÇÃO LOCAL DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS

CONDIÇÕES HISTÓRICAS E PRÁTICAS DE UMA COOPERAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA

Alila Brossard Antonielli

INTRODUÇÃO

Ao apresentar o projeto de cooperação binacional entre Brasil e Moçambique, jornalistas e acadêmicos costumam começar o relato pela viagem oficial do Presidente Lula da Silva a Moçambique, em novembro de 2003. É nesta ocasião que os ministros da Saúde dos dois países assinam o “Protocolo de intenções entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique sobre cooperação científica e tecnológica na área da saúde”, cuja finalidade era:

fortalecer a cooperação bilateral mediante o desenvolvimento de projetos conjuntos de pesquisa e o intercâmbio de conhecimento e de meios necessários para a produção de medicamentos de anti-retrovirais genéricos, tendo em vista a intenção do Governo de Moçambique de instalar e gerenciar laboratório farmacêutico público para atender predominantemente as necessidades de saúde pública de Moçambique.¹

O projeto de cooperação para a fábrica de medicamentos antirretrovirais (ARV), que com o tempo veio a incluir outros medicamentos genéricos, se tornou um objeto de pesquisa da ciência política e das relações internacionais, por simbolizar a transição da política externa brasileira para priorizar as relações com África, entre a retórica da solidariedade e os novos interesses do Brasil emergente, durante o Governo Lula (Faid, 2013; Almeida & Kraychete, 2012). Assim, este projeto foi o laboratório experimental da construção do conceito brasileiro de Cooperação Sul-Sul em saúde, vindo a ser um dos exemplos mais citados e debatidos da

¹ O texto completo do protocolo está disponível em <https://aplicacao.itamaraty.gov.br/ApiConcordia/Documento/download/8832>.

capacidade estruturante almejada pela cooperação brasileira (Esteves & Assunção, 2017; Russo & De Oliveira, 2016; Russo *et al.*, 2014; Flynn, 2013; Rodrigues, 2014; Milani & Lopes, 2014; Abdenur & Marcondes, 2017; Siqueira, 2014; Russo & Banda, 2015; De Bruyn, 2014; Duarte & Silva, 2014; Díaz, 2013; Luz, 2006; Fedatto, 2017). Não obstante a lista de publicações que analisam direta ou indiretamente, sob a luz das relações internacionais e/ou da saúde coletiva, o projeto da fábrica, gostaríamos de insistir nos aspectos técnicos igualmente inovadores e como, ao longo dos anos e do desenrolar do projeto, os atores e as questões técnicas, políticas e diplomáticas foram interagindo, se apropriando, rejeitando e modificando o projeto.

Se o protocolo de 5 de novembro de 2003 é considerado a “data de nascimento” oficial do projeto de instalação da fábrica de medicamentos e transferência de tecnologia para a produção local, é possível retrair sua concepção a alguns anos antes. Como veremos, esta iniciativa foi resultado da dinâmica que associou médicos, químicos e diplomatas ao final da década de 1990, quando a política pública brasileira de HIV/sida² ganhou atenção mundial ao associar produção local de ARV genéricos nos laboratórios farmacêuticos públicos e distribuição gratuita pela rede pública de saúde da medicação necessária para o tratamento do HIV (Galvão, 2002). Parece-nos fundamental entender o contexto, as lógicas e práticas dos atores que participaram nas etapas que levaram o programa de HIV brasileiro à cena internacional e que permitiram que, num determinado momento, o Brasil pudesse oferecer tecnologia de produção de ARV para outros países, e como esta dinâmica participou na construção do conceito brasileiro de cooperação estruturante em saúde. Do mesmo modo, tentaremos restituir a trajetória da idéia de fabricação local de medicamentos em Moçambique e da promessa interrompida de autonomia em bens de saúde, esta última adquirindo um novo sentido com a dependência atual do país dos financiamentos internacionais para compra de medicamentos ARV. Na parte final do artigo, tentaremos restituir a complexidade do projeto de cooperação, analisando ao longo do tempo as múltiplas ações e discursos dos atores que intervieram diretamente na cooperação e os recentes desdobramentos e constrangimentos ligados às crises políticas e econômicas do Brasil e de Moçambique.

Os resultados aqui apresentados são análises preliminares de uma pesquisa de doutoramento em curso, cujo objetivo principal é documentar e analisar as condições práticas do projeto de implementação da fábrica de medicamentos e a transferência de conhecimentos e tecnologia para a produção local de genéricos em Moçambique. A metodologia, até o momento, inclui uma extensa revisão de literatura, de artigos acadêmicos, documentos oficiais e artigos de

² No Brasil, a síndrome da imunodeficiência adquirida é conhecida pelo seu acrônimo inglês AIDS, enquanto nos outros países de língua oficial portuguesa se usa o acrônimo SIDA. Este texto segue as recomendações do programa conjunto das Nações Unidas sobre HIV/sida, ONUSIDA, privilegiando o termo HIV (vírus da imunodeficiência humana), salvo quando nos referirmos a instituições ou documentos que usam o termo aids ou sida (http://data.unaids.org/pub/brochurepamphlet/2008/jc1336_unaids_terminology_guide_pt.pdf).

imprensa, 49 entrevistas qualitativas realizadas no Brasil e em Moçambique com os principais atores envolvidos no projeto e uma etnografia de quatro semanas realizada na fábrica de medicamentos localizada na Matola.

MÉDICOS, QUÍMICOS E DIPLOMATAS: DA CÓPIA À COOPERAÇÃO EM HIV

Na abertura da 12.^a Conferência Mundial de Sida em Genebra, em julho de 1998, o Brasil foi citado como exemplo por ser um país em desenvolvimento que, com recursos modestos e associando prevenção e tratamento, conseguira diminuir drasticamente a transmissão e mortalidade do HIV/sida (Biancarelli & Bouer, 1998b). O reconhecimento internacional dos resultados positivos decorrentes do acesso aos tratamentos era bem-vindo, uma vez que a decisão do Brasil de investir recursos públicos para o tratamento do HIV ia contra as recomendações de instituições internacionais, como o Banco Mundial, que naquela altura defendiam que países em desenvolvimento deveriam concentrar os esforços e recursos disponíveis prioritariamente na prevenção (Galvão, 2005; Rosenberg, 2001). A composição da numerosa delegação brasileira já demonstrava a projeção política e internacional da resposta brasileira ao HIV que iria ter influência decisiva na mudança das recomendações: além de gestores do Ministério da Saúde, médicos, pesquisadores e membros da sociedade civil, a primeira-dama e antropóloga Ruth Cardoso discursou na abertura. No final da conferência, Pedro Chequer, então diretor do Programa de DST/Aids do Brasil, declarou: “Passamos a semana fechando acordos de cooperação com vários países e instituições. Em alguns acordos, o Brasil está recebendo tecnologia, em outros está oferecendo” (Biancarelli & Bouer, 1998a).

Naquela altura, o Governo brasileiro havia investido principalmente em duas tecnologias para o tratamento eficiente do HIV, uma era o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos ARV – Siclom, um sistema informático que desde 1997 despertou o interesse da ONUSIDA com vistas a compartilhar a experiência do Brasil com outros países³. Entretanto, era principalmente a cópia dos medicamentos ARV na produção local que despertava interesse. Frente aos preços elevados dos ARV sob patente fornecidos pelos laboratórios multinacionais, o Ministério da Saúde do Brasil, aproveitando a ausência de reconhecimento das patentes de medicamentos até 1996 no país, solicitou que seus laboratórios públicos produzissem ARV genéricos, permitindo assim ao ministério comprar por preços que viabilizassem a política de tratamento universal (Galvão, 2002). Desde o início da década de 1990, laboratórios públicos, em especial o Instituto de Tecnologia em Fármacos – Farmanguinhos, ligado à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), e privados

³ Para uma descrição do Siclom e dos outros sistemas informatizados desenvolvidos pelo Programa Nacional de DST/Aids ver Galvão (2002).

brasileiros estavam realizando cópias melhoradas⁴ dos ARV pelo processo de engenharia inversa. Este processo implicou a leitura minuciosa das patentes, em que os procedimentos são descritos de forma parcial para proteger os segredos industriais, e de artigos científicos a fim de interpretar os processos de fabricação dos medicamentos e então realizar uma adaptação às condições dos laboratórios e aos conhecimentos práticos dos profissionais que vão reproduzi-los (Cassier & Correa, 2009). Além da ampliação local de capacidades de pesquisa e desenvolvimento, os químicos e farmacêuticos brasileiros viajaram em diversas ocasiões à China e à Índia para encontrar os fornecedores das matérias-primas, os ingredientes farmacêuticos ativos (IFA), cuja análise química contribui para o processo de desenvolvimento do medicamento. Cabe mencionar que em 2003, quando Farmanguinhos se preparava para produzir o efavirenz e a nevirapina, as amostras dos IFA viajaram por mala diplomática para contornar as patentes dos medicamentos já em vigor então no Brasil, o que demonstra o apoio ativo do Ministério das Relações Exteriores a Farmanguinhos. Portanto, no final da década de 1990, os laboratórios públicos e privados brasileiros podiam transferir a outros países não só a tecnologia em si, ou seja, a descrição do procedimento de fabricação dos ARV, mas todo um *know-how* prático de como interpretar as patentes e a literatura científica para ter capacidade de reproduzir o caminho da engenharia inversa e produzir localmente os ARV.

Com a criação do Grupo de Cooperação Técnica Horizontal em 1995, reunindo os coordenadores nacionais de HIV de 21 países da América Latina e Caribe, o programa de HIV brasileiro era procurado e oferecia apoio a outros países em desenvolvimento (Lima & Campos, 2010).

[...] ao mesmo tempo em que o Brasil melhorava a qualidade de sua resposta no âmbito nacional e se consolidava como pioneiro na elaboração de políticas de resposta intersetorial com forte participação da sociedade civil, também se fortalecia na área de cooperação externa, passando a responder gradativamente a uma crescente demanda internacional de países e organismos internacionais que buscavam conhecer e entender as particularidades do seu aparente êxito (Lima & Campos, 2010:125).

Uma parte da demanda estava relacionada com ARV, como a negociação de preços, a aquisição e logística, mas também a exploração de apoio para a produção local de versões genéricas, como ocorreu com a África do Sul em 1999-2000⁵. O motivo da demanda era a urgência na

⁴ Os procedimentos descritos nas patentes dos medicamentos já estavam obsoletos, o que implicou um trabalho de adaptação e invenção de novos procedimentos pelos químicos brasileiros, ou seja, eram cópias melhoradas (Cassier & Correa, 2009: 82).

⁵ Em novembro de 1999, uma missão técnica brasileira, composta por três médicos especializados em HIV e um oficial das Nações Unidas, foi à África do Sul, dando seguimento a um memorando de entendimento assinado entre os dois países em 1998, para explorar possibilidades de cooperação bilateral. A ministra da Saúde sul-africana, Tshabalala-Msimang, visitou a Fiocruz e Farmanguinhos em 2000 e elogiou a capacidade brasileira de produção de ARV. No entanto, alguns meses depois a mesma ministra acusou o Brasil de ingerência devido ao acordo para que a Fiocruz fornecesse ARV para a ONG Médicos sem Fronteiras no projeto-piloto de tratamento em Khayelitsha, e a cooperação nesta área foi interrompida (Luz, 2006).

qual se encontravam diversos países com poucos recursos e gravemente atingidos pelo HIV, onde milhares de pessoas morriam por dia em decorrência do vírus⁶, e que não tinham condições de pagar os preços proibitivos dos ARV vendidos pelos laboratórios multinacionais (Horton, 1998).

Assim, em 2000, a ONUSIDA organiza diversas reuniões e um grupo de contato entre países interessados, entre eles o Brasil e países africanos, e multinacionais farmacêuticas para negociar os preços dos ARV. É durante uma mesa-redonda sobre acesso a tratamentos em HIV, em Genebra, em junho de 2000, que a diretora de Farmanguinhos, Eloan Pinheiro, anuncia especificamente que o Brasil estava disposto a transferir para países africanos a tecnologia de produção de oito ARV⁷, incluindo as metodologias para análise química dos IFA e dos produtos acabados, testes de dissolução e estabilidade, além do treinamento de técnicos em diversas análises (Mingorance, 2000). Além disso, o Brasil estava disposto a apoiar a implementação de infraestruturas para a logística de distribuição dos medicamentos à população e de uma rede de laboratórios para o controle de CD4 e carga viral, exames essenciais para o monitoramento da eficácia do tratamento anti-HIV. A única condição estipulada era que os governos beneficiados por este apoio concordassem em distribuir os medicamentos gratuitamente às suas populações da mesma forma como fazia o Governo brasileiro. Nota-se que essa primeira oferta oficial de tecnologia de que se tem conhecimento não é feita por um representante político, mas por alguém do corpo técnico, que além de química e gestora responsável pelo desenvolvimento da produção de ARV em Farmanguinhos estava ligada ao movimento sanitário, que veremos em detalhe mais adiante.

A proposta foi reiterada publicamente logo a seguir, em julho do mesmo ano, primeiro na 13.^a Conferência Mundial de Sida em Durban, pelo diretor do Programa de DST/Aids, Paulo R. Teixeira, e alguns dias mais tarde na III Cimeira da Comunidade de Países de Língua Portuguesa em Maputo, na voz do Presidente Fernando Henrique Cardoso⁸. Segundo Luz (2006), “a partir desse oferecimento, alguns países demonstraram interesse em obter essa tecnologia, especialmente Angola e Moçambique”.

Essa tecnologia era essencial naquele momento, já que, em virtude da aplicação do acordo TRIPS (Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio, na sigla em inglês), da Organização Mundial do Comércio (OMC), na década de 1990, diversos países passaram a reconhecer patentes dos medicamentos detidas pelos laboratórios multinacionais farmacêuticos, inviabilizando sua fabricação local ou importação como genéricos a preços

⁶ Em entrevista ao *New York Times* em 2001, o representante do Zimbábue junto à OMC, que liderava o Grupo Africano (ver abaixo), afirma: “*This is quite an emotional issue for African countries. In Zimbabwe, we are losing 3000 people a week.*”

⁷ Os ARV propostos eram: didanosina, stavudina, lamivudina, a combinação lamivudina+zidovudina, nevirapina, zidovudina, indinavir, zalcitabina.

⁸ Discurso do Presidente Fernando Henrique Cardoso na III Cimeira de Chefes de Estado e de Governo da Comunidade de Países de Língua Portuguesa, Maputo, Moçambique, 17 de julho de 2000, disponível em: www.itamaraty.gov.br/images/ed_biblioteca/resenhas.../Resenha_N87_2Sem_2000.pdf.

mais baixos⁹. O tema era sensível; em 2001, 39 empresas farmacêuticas multinacionais tentaram processar o Governo sul-africano, país com o maior número de pessoas vivendo com HIV, para evitar a aplicação de uma lei de medicamentos que serviria para a importação de ARV genéricos, entre outros, e que, segundo as empresas farmacêuticas, violaria o dispositivo dos TRIPS (Avafia, 2015). No mesmo ano, os Estados Unidos questionaram a lei de patentes do Brasil na OMC após o Governo brasileiro ameaçar a emissão de licenças compulsórias para produzir os novos ARV patenteados em versão genérica. Ambos os processos foram retirados diante da mobilização internacional da sociedade civil, da mídia¹⁰ e de diversos governos em favor do direito à saúde como primando sobre os lucros e *royalties* das patentes. Pressionadas, as multinacionais farmacêuticas começaram a conceder algumas reduções de preços dos ARV para países em desenvolvimento, mesmo que ainda insuficientes para permitir a compra em grande escala por países com poucos recursos.

É neste contexto que os quadros do Ministério da Saúde se aproximam dos diplomatas do Ministério das Relações Exteriores. Preocupados em defender a viabilidade da política nacional de tratamento baseada nos genéricos, os diplomatas investiram fóruns internacionais, em especial nas Nações Unidas (ONU), e lançaram junto com o Ministério da Saúde uma campanha de “guerrilha de informações¹¹” na imprensa internacional a fim de influenciar a opinião pública mundial, angariando apoios para inflexionar as disposições internacionais ligadas aos ARV a partir do reconhecimento do sucesso das políticas brasileiras (Nunn, Da Fonseca & Gruskin, 2009; Alcázar, 2008; Flynn, 2013). Entre as propostas brasileiras, destaca-se a que resultou na resolução 2001/33, em abril 2001, do Conselho de Direitos Humanos da ONU, sobre “Acesso a medicamentos no contexto de pandemias como o HIV/sida” e que reconhece o acesso aos medicamentos, à prevenção e ao tratamento, como um elemento fundamental para garantir a saúde das populações e exorta os estados a adotarem políticas que garantam a disponibilidade e a acessibilidade a todos, e em quantidades suficientes, dos fármacos e outras tecnologias médicas para tratar o HIV e as doenças oportunistas associadas ao vírus. Ao formular o acesso aos tratamentos como relevando do direito à saúde, logo, dos direitos humanos, primeiro em

⁹ Países desenvolvidos deviam adotar os TRIPS na suas leis nacionais de propriedade intelectual até 1996, países de renda intermediária como Brasil e Índia até 2005, mas o Governo brasileiro reconheceu as patentes de medicamentos na lei de maio de 1996. Ativistas e acadêmicos apontaram a incoerência do Governo brasileiro em reconhecer as patentes ao mesmo tempo em que promovia a produção de genéricos e, alguns meses depois, aprovava a lei que garantia a distribuição gratuita dos ARV pelo Estado.

¹⁰ Entre os artigos da época, destaca-se o do *New York Times* defendendo o sucesso do programa de prevenção e tratamento do Brasil, incluindo a produção local de genéricos contra o domínio das multinacionais farmacêuticas, denunciando a falta de princípios humanos dos países do Norte que atacavam os países do Sul que buscavam soluções para tratar as suas populações de acordo com seus recursos:

Brazil is showing that no one who dies of AIDS dies of natural causes. Those who die have been failed – by feckless leaders who see weapons as more alluring purchases than medicines, by wealthy countries (notably the United States) that have threatened the livelihood of poor nations who seek to manufacture cheap medicine and by the multinational drug companies who have kept the price of antiretroviral drugs needlessly out of reach of the vast majority of the world's population (Rosenberg, 2001).

¹¹ Termo do Dr. Paulo Teixeira, então diretor do Programa de DST/Aids do Brasil, citado por Alcázar, (2005).

escala nacional e depois nas instâncias internacionais, o Brasil beneficiou outros países em desenvolvimento, ao mudar as normas globais de acesso aos medicamentos ARV e essenciais. Este processo culminou com a sessão especial do comitê dos TRIPS em Doha em novembro de 2001, na qual o Brasil, junto com outros países em desenvolvimento, se associou à proposta do Grupo Africano¹² para pesar nas negociações frente aos países desenvolvidos e fazer valer a máxima de que “nada no Acordo TRIPS deve prevenir membros da OMC de tomar as medidas para proteger a saúde pública”. Assim, a Declaração de Doha reafirmou as flexibilidades contidas no acordo TRIPS, permitindo que as patentes fossem contornadas em casos de necessidades de saúde pública decretados pelos países, direito exercido, entre outros, por Moçambique em 2004¹³ e pelo Brasil em 2007¹⁴.

A projeção internacional do modelo brasileiro de tratamento do HIV foi propositalmente promovida pelos diplomatas, médicos e ativistas brasileiros e internacionais para defender a viabilidade da produção pública de ARV genéricos frente a imposição das patentes farmacêuticas, levando a modificação das normas morais ligadas ao acesso dos ARV (Flynn, 2015; Nunn, Da Fonseca & Gruskin, 2009). Ao entrarem na arena internacional para apoiar e colaborar com o Ministério da Saúde, os diplomatas brasileiros não só adotaram a mesma lógica e vocabulário dos direitos humanos e de solidariedade alardeados pelos médicos e pela sociedade civil que originaram o programa de HIV como participaram ativamente numa mudança radical no âmbito das relações exteriores, que fez com que a saúde se transformasse num tema prioritário da política externa e de cooperação (Flynn, 2013; Alcázar, 2008).

O CONCEITO BRASILEIRO DE COOPERAÇÃO SUL-SUL ESTRUTURANTE EM SAÚDE

O conceito brasileiro de “cooperação estruturante em saúde” foi definido por pesquisadores da Fiocruz para descrever a inflexão das ações de cooperação técnica em saúde do Brasil a partir da metade dos anos 1990, estabelecendo-se com maior peso nos anos 2000 (Almeida *et al.*, 2010).

¹² As reuniões que iniciaram as discussões sobre TRIPS e saúde pública em 2001 começaram por iniciativa do Grupo Africano liderado pelo representante do Zimbábue, representando principalmente Quênia, Tanzânia, Zâmbia e África do Sul, ou seja, países que dispõem de indústrias farmacêuticas públicas e privadas (Avafia, 2015; Alcázar, 2008).

¹³ Em 5 de abril de 2004, o vice-ministro da Indústria e do Comércio decretou uma “licença compulsiva” para a produção local de um ARV combinando zidovudina, lamivudina e nevirapina após oferta da empresa farmacêutica egípcia Pharco (Luz, 2006; Avafia, 2015). Como esta empresa não contava com uma planta de produção em Moçambique, supõe-se que a licença serviria para a importação dos medicamentos fabricados na Zâmbia, que emitiu uma licença quase idêntica à de Moçambique e onde havia uma planta instalada [e que manifestou interesse de transferência de tecnologia com o Brasil em 2005, segundo Luz (2006)]. Avafia nota que, apesar de a licença ter sido emitida, ela provavelmente não era necessária, já que não há documentos atestando que as patentes dos três ARV e sua versão combinada tinham sido reconhecidas por Moçambique.

¹⁴ Em 2007, após anos de negociações infrutuosas com o laboratório Merck, o Brasil decretou uma licença compulsória do ARV Efavirenz, sob o argumento de interesse para a saúde pública. Isto só foi possível graças aos esforços de pesquisa e desenvolvimento de um consórcio de laboratório públicos e privados, e de consultoria jurídica efetuados pelo Ministério da Saúde paralelamente às negociações (Cassier & Correa, 2013).

Assim, os autores exemplificam como as ações brasileiras de cooperação estavam sendo elaboradas sob “um novo paradigma”, cuja prioridade é a formação de recursos humanos e o fortalecimento de “instituições estruturantes” que englobam ministérios da Saúde, escolas de medicina e saúde pública e as capacidades industriais de tecnologias ligadas à saúde. A proposta brasileira se constrói por oposição às práticas de cooperação em saúde nas últimas décadas, em especial a “transmissão unilateral e passiva de conhecimentos”, e aponta as falhas da cooperação norte-sul, que demonstrou seus limites por não alcançar a erradicação proposta de doenças-alvo de programas verticais, além de fragilizarem as infraestruturas de saúde primária, apesar da multiplicidade de dispositivos e do volume de financiamentos.

O paradigma de substituição da assistência técnica, definida como passiva e assimétrica, por cooperação técnica, adaptando o conhecimento às necessidades locais, com menor desigualdade de posições e visando a autonomia do país receptor, não é exatamente recente entre os expertos brasileiros em saúde (Esteves & Assunção, 2017). Sua genealogia pode ser retracada à década de 1970, quando, junto com outros atores internacionais em saúde, especialmente na Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o movimento brasileiro para a reforma sanitária, ou movimento sanitarista, promoveu uma concepção das políticas públicas em saúde baseadas nos direitos humanos, na atenção primária, na prevenção e nos determinantes sociais da saúde. Essa visão “desenvolvimentista” considera a saúde como uma área de produção de conhecimentos, apoiados pela pesquisa e o ensino, que informam a intervenção e a promoção de políticas públicas alternativas guiadas pelo princípio da universalidade.

A partir do final dos anos 1970, médicos sanitaristas passaram a ocupar posições-chave nas faculdades de Medicina, nas secretarias de Saúde dos governos estaduais e municipais, além do Ministério da Saúde, e se associaram com movimentos sociais. A resposta brasileira ao HIV/Sida, desde os programas-piloto até à resposta nacional, passando pelo desenvolvimento da autonomia de produção de ARV, foi elaborada segundo os valores sanitaristas (Flynn, 2015; Galvão, 2005). A influência do movimento foi crucial na elaboração da Constituição brasileira de 1988, que reconheceu a saúde como um direito fundamental e um dever do estado, apesar do contexto econômico de crise e redução de gastos daquele momento, e consequentemente permitiu associar o acesso a medicamentos ao direito à saúde. Esta é a matriz normativa na qual estão enraizados não só os programas domésticos que o Brasil oferece compartilhar com outros países mas a própria noção de cooperação brasileira em saúde. Ao exportar as experiências de sucesso, a cooperação técnica brasileira passa a ser um meio de difusão dessa matriz e, como visto anteriormente com a política de HIV brasileira, uma forma de defender as políticas brasileiras baseadas nesses valores e promover suas práticas (Faid, 2013).

Assim, o crescente envolvimento da Fiocruz nas atividades internacionais do Ministério da Saúde na década de 1990, com as reuniões dos ministros da Saúde dos países africanos de língua portuguesa no que viria a ser a CPLP, vai influenciar os temas e a retórica dos acordos

firmados na área da saúde, que passam a refletir a abordagem sanitária e a concepção de cooperação técnica em saúde focadas no reforço das infraestruturas e dos recursos humanos (Carillo Roa & Baptista, 2015).

Observa-se que, já nos primeiros acordos e missões exploratórias de técnicos da Fiocruz nos países africanos, a questão do financiamento da cooperação era incerta, já que o Brasil não dispunha de recursos em escala correspondente. Os projetos de cooperação brasileira ficaram portanto condicionados à aprovação projeto por projeto e às possibilidades de triangulação com instituições internacionais, no caso dos projetos em HIV com a OPAS ou ONUSIDA, ou agências de cooperação de países desenvolvidos (Lima & Campos, 2010). A maioria desses acordos de cooperação em HIV era firmada diretamente entre o Ministério da Saúde e os países receptores, em especial através do Grupo de Cooperação Técnica Horizontal na América Latina, o que levou um diplomata a observar que:

A cooperação técnica na área de DST/AIDS tem seus próprios parâmetros e metodologia. A esse respeito, deve-se assinalar que a atuação do Ministério da Saúde na CTPD [Cooperação Técnica para o Desenvolvimento] tende a ser, pelo menos nesse campo específico da DST/AIDS, crescentemente autônoma. Inclusive no aspecto relativo a recursos utilizados na cooperação, e nos critérios técnicos para a definição dos programas a serem objeto da cooperação e, de certa forma, na escolha dos países beneficiários, embora tenha sempre havido um grau de coordenação com a ABC [Agência Brasileira de Cooperação] (Puente, 2010:163).

Entre a busca por recursos financeiros e os valores norteadores do Ministério da Saúde e do Programa de DST/Aids, a cooperação em HIV oferecida pelo Brasil foi se construindo principalmente com a oferta de conhecimentos técnicos e capacitação e, portanto, permitiu desenvolver projetos pouco ortodoxos. Assim, o projeto da fábrica de medicamentos ARV em Moçambique desafia o consenso de que a produção local em países africanos não era economicamente viável para permitir o acesso a tratamentos a custos baixos (Russo *et al.*, 2014). Apesar de o Brasil ter projetos de doação de ARV genéricos para países da América Latina e da África, entre os quais Moçambique, as doações foram limitadas, cobrindo no início em 2002 o tratamento para cem pessoas seropositivas por ano e por país, e sempre foram associadas a projetos com componentes de capacitação de recursos humanos, como manejo clínico ou logística de distribuição dos medicamentos (Lima & Campos, 2010). Logo, todos esses elementos foram alicerçando a narrativa da cooperação horizontal em saúde como uma parceria entre países com níveis econômicos e sociais semelhantes, compartilhando experiências em cenários de poucos recursos, buscando atingir um objetivo comum de desenvolvimento de capacidades estruturantes e autonomia. No entanto, a assimetria não deixa de estar presente nessas cooperações, como ressaltam Esteves & Assunção (2017): a ideia de cooperação estruturante vai além da cooperação técnica

entre dois países com níveis semelhantes de desenvolvimento. Segundo os autores, a cooperação estruturante requer que as realidades sejam suficientemente homogêneas e percebidas através de um vocabulário e de valores comuns. Apesar dos esforços de adaptação às realidades locais feitos pelo expertos brasileiros em saúde e do compartilhamento das experiências, dos currículos de ensino e de políticas públicas em saúde, tais como concebidas no Brasil, os países receptores, sejam eles na África ou na América Latina, nem sempre dispõem de infraestruturas ou de apoio político equivalentes aos brasileiros e, principalmente, os parceiros podem interpretar as experiências brasileiras de formas diferentes e pouco antecipadas nos projetos, como veremos em detalhe no caso da fábrica de medicamentos em Moçambique (Abdenur & Marcondes 2017).

Um último ponto deve ser mencionado, o debate sobre as intenções da cooperação brasileira. O discurso oficial do Governo brasileiro enfatiza que a sua oferta de cooperação é desenvolvimental, entendida como sendo desvinculada de objetivos econômicos e financeiros, sem condicionalidades e horizontal, ou seja, sem as assimetrias de poder da Cooperação Norte-Sul (Faid, 2013; Almeida & Kraychete, 2012). No caso específico da saúde, a noção de solidariedade e justiça social encontra-se enraizada no discurso dos sanitaristas e é facilmente transposta à cooperação pelos atores encarregados da cooperação técnica, que, por ser técnica, tenderia mais facilmente a ser autônoma de interesses políticos e econômicos. Porém, como visto na primeira parte, é possível argumentar, por um lado, que a cooperação no âmbito do HIV fez parte da estratégia internacional de defesa da política brasileira e da projeção da imagem positiva do Brasil no exterior, e que, logo, a cooperação não seria totalmente desinteressada (Puente, 2010).

Ademais, muitos observadores e acadêmicos criticaram o discurso de “bom samaritano” do Brasil ao apontar que os programas de cooperação do Brasil aumentaram consideravelmente durante os dois mandatos do Presidente Lula, momento em que a política externa brasileira estava buscando apoio à reforma do conselho de segurança da ONU, de entre outras oportunidades de protagonismo em escala internacional para o Brasil, e que o Governo brasileiro apoiava a inserção internacional de empresas brasileiras. Em Moçambique, em especial, houve diversos momentos em que interesses comerciais brasileiros interagiram diretamente com os programas de cooperação, como levantado por Almeida e Kraychete, a mais notável sendo a doação de 4,5 milhões de dólares da mineradora Vale para as obras de adequação da fábrica de medicamentos¹⁵.

¹⁵ A doação da Vale não estava prevista no projeto original, os fundos para as obras de adequação eram de responsabilidade do Governo de Moçambique. No entanto, após a crise econômica de 2010, o Governo moçambicano alegou não poder assumir esse gasto, e pediu ao Brasil que se encarregasse desse montante. O Presidente Lula negociou com o presidente da empresa Vale que fizesse a doação a título excepcional de responsabilidade social da mineradora (entrevistas com diplomatas brasileiros e gestores de Farmanguinhos, em 2016; Rodrigues, 2014; Siqueira, 2014). Cabe ressaltar que desde então não há nenhuma ligação entre a Vale e a SMM, não havendo sequer uma placa na fábrica da Matola indicando que a Vale S.A. custeou 80% das obras.

Se a cooperação técnica em todas as áreas foi sendo crescentemente associada aos objetivos da política externa brasileira durante a década de 2000, Faid conclui que a instrumentalização específica da cooperação técnica em saúde foi parcial e, considerando as potencialidades apresentadas, subempregada, já que o Brasil nem sempre teve uma estratégia clara e instrumentos eficientes para efetivar o vínculo entre política externa e cooperação. Alguns dos diplomatas entrevistados para este trabalho afirmaram não dominar completamente o escopo estratégico da diplomacia em saúde e corroboraram o protagonismo assumido pelos atores da Fiocruz. Assim, Faid sugere que deveria dar-se mais atenção à influência dos atores da cooperação técnica em saúde na política externa brasileira, já que foram estes que, como demonstrado por Esteves & Assunção (2017), e subsidiado pelas evidências apresentadas neste trabalho, tiveram uma visão estratégica e programática em escala internacional, ligada a um conjunto de valores específico, e impulsionaram a aproximação entre os ministérios da Saúde e das Relações Exteriores no Brasil.

A URGÊNCIA DA DEMANDA POR ANTIRRETROVIRAIS EM MOÇAMBIQUE NO INÍCIO DOS ANOS 2000

Moçambique é um dos países considerados mais pobres do mundo, tendo sofrido três décadas de guerra, somando a guerra contra o colonizador português e a guerra civil, e um plano de ajustamento estrutural a partir do final da década de 1980. Em 2001, estimava-se que 14% das mulheres grávidas entre os 15 e os 49 anos eram seropositivas¹⁶, e atualmente 13% da população moçambicana vive com o HIV (PEPFAR, 2016).

A introdução dos ARV em Moçambique foi motivo de debate político no País¹⁷. Em março de 2001, quando ainda não era permitido a importação de ARV em Moçambique, deputados da Renamo reagiram à apresentação na Assembleia da República do relatório sobre a epidemia de HIV/aids no País pela vice-ministra da Saúde, exigindo que o Governo importasse os medicamentos. O debate prosseguiu sobre como essa introdução e distribuição deveriam ser feitas, a representante do Ministério da Saúde de Moçambique (Misau) argumentou que os ARV deveriam ser importados da Índia ou do Brasil, países que fabricavam genéricos mais baratos. Os deputados de oposição rejeitaram a ideia, acreditando que os genéricos eram de menor qualidade ou que haveria “interesses comerciais escondidos” em comprar desses países.

¹⁶ A ONUSIDA considera que a epidemia de HIV é generalizada quando um país apresenta uma prevalência superior a 1% das mulheres grávidas beneficiando de um acompanhamento pré-natal.

¹⁷ Os dados do parágrafo a seguir são do Telegrama n.º 645 de 02/04/2001 da Delegação Brasileira em Genebra para o Ministério das Relações Exteriores em Brasília, com retransmissão para a Embaixada do Brasil em Moçambique, intitulado “Acesso a medicamentos. Moçambique. Debate no Parlamento”. O telegrama transcreve um artigo da Panafrikan News Agency narrando o debate e publicado em 27/03/2001. A delegação do Brasil em Genebra era então chefiada pelo embaixador Celso Amorim e, pelos motivos expostos na primeira sessão deste capítulo, estava monitorando com atenção os debates em vários países do mundo sobre a questão de acesso aos ARV para alimentar sua estratégia junto a OMC e a OMS.

No entanto, o principal argumento no âmbito do Misau contra a introdução dos ARV não era o preço, mas a falta de treinamento específico dos médicos e outros profissionais de saúde moçambicanos em receitar o tratamento, alegando os riscos de graves efeitos secundários e desenvolvimento de resistência do vírus quando mal administrado. Na visão desses técnicos do Misau, era preferível dar prioridade ao treinamento dos profissionais e obter apoio para implementar no País os exames laboratoriais necessários para o monitoramento da qualidade dos medicamentos e de acompanhamento da eficácia dos tratamentos.

De fato, em Moçambique como em outros países africanos, havia uma grande resistência ao ARV na época, inclusive nos meios médicos, com o discurso de que, devido aos efeitos secundários do medicamentos e sob o pretexto de que as populações eram em grande parte analfabetas, os pacientes não respeitariam os horários e doses prescritas dos medicamentos e aumentariam as chances de resistência do vírus, colocando o tratamento em xeque¹⁸.

A importação dos ARV para Moçambique seria finalmente autorizada em 18 dezembro de 2001, pelo diploma ministerial n.º 183-A/2001 do Ministério da Saúde, que estipula as modalidades de administração dos ARV. No entanto, o diploma ministerial faz diversas ressalvas, lembrando que apenas 30% a 40% da população moçambicana tinha acesso às instituições públicas de saúde e que, devido aos critérios de iniciação do tratamento, não seria possível cobrir todas as pessoas vivendo com HIV no País. O diploma também lembra que, dos outros países africanos implementando ARV naquele tempo, nenhum estava em condições de comprar os tratamentos, recebendo unicamente ajuda externa.

Assim, num primeiro momento, apenas um número reduzido de pessoas teria acesso aos ARV. No início de 2002, a ONG italiana Comunidade Sant'Egídio comprou diretamente da empresa farmacêutica indiana Cipla os ARV para tratar um primeiro grupo de pessoas, entre os quais médicos e enfermeiras infectados pelo HIV, aumentando progressivamente durante o ano o número de beneficiados pelo tratamento, e em seguida com o uso-piloto de ARV na prevenção da transmissão vertical do HIV de mãe para a criança durante a gravidez. Naquele mesmo ano, a Fundação Clinton apoiou o Misau na elaboração de um plano para a distribuição de ARV e na negociação de preços com os produtores de genéricos na Índia (Høg, 2014).

É somente em 2004, com a entrada maciça dos financiamentos do PEPFAR (President Emergency Plan For Aids Relief, EUA) e do Fundo Global de Luta contra a Aids, Tuberculose e Malária, que o Sistema Nacional de Saúde moçambicano começará a distribuir ARV de maneira mais ampla nas unidades sanitárias no País. O programa americano garante 74% dos gastos de ARV, de medicamentos para as infecções oportunistas e material de laboratório, os outros 25% sendo cobertos pelo Fundo Global e outros doadores internacionais (PEPFAR, 2016). Os financiamentos internacionais se tornaram incontornáveis num país onde vivem

¹⁸ Profissionais especializados no tratamento de HIV em Moçambique, entrevistados em outubro de 2017, confirmaram que este era o posicionamento de diversos membros da comunidade médica moçambicana no início dos anos 2000.

aproximadamente 1,9 milhões de pessoas com HIV, estando 700 000 sob tratamento. Além da ajuda específica contra o HIV, o Governo moçambicano depende também de doações dos países desenvolvidos para o orçamento do Estado, bem como para o Fundo Pró-Saúde, responsável pela compra de medicamentos para o Sistema Nacional de Saúde. Estes fundos para o funcionamento do Estado foram recentemente congelados após a descoberta em 2016 das dívidas secretas contratadas por setores do Governo moçambicano (*The Economist* 2016).

A POLÍTICA DE MEDICAMENTOS EM MOÇAMBIQUE E A PRODUÇÃO LOCAL

A política de medicamentos em Moçambique chamou a atenção de acadêmicos e de organizações internacionais logo após a independência em 1975, quando o Governo de Moçambique adotou um formulário listando os medicamentos considerados fundamentais para a saúde e para o bem-estar da sua população (Velásquez, 1985). Apenas os medicamentos desta lista, precursora da lista de medicamentos essenciais da Organização Mundial da Saúde (OMS), poderiam ser importados para o País. Essa escolha política tinha por objetivo harmonizar, racionalizar e baixar os custos das compras de medicamentos feitas pelo Misau segundo critérios de identificação de necessidades, avaliação de eficácia e nocividade, de custo-eficácia dos medicamentos e seleção das formas mais adequadas economicamente e mais fáceis de embalar, transportar e estocar. A harmonização dos medicamentos em circulação no País também facilitava o treinamento de médicos e técnicos em saúde, já que o número de tratamentos para uma doença era limitado ao essencial e eficaz. A aplicação do formulário de medicamentos era seguida à risca, ao ponto de doações de medicamentos de outros países chegarem a ser recusadas quando os medicamentos doados não estavam na lista, explicitando o fato de que muitas vezes os doadores não consultam os países sobre suas necessidades ou suas leis na hora de montar esquemas de ajuda humanitária, justamente uma das críticas dos atores da Fiocruz à cooperação norte-sul¹⁹.

No que diz respeito à fabricação local de medicamentos em Moçambique, Velásquez (1985) descreve que o 3.º Congresso da Frelimo atribuiu ao Misau a tarefa de criar uma indústria farmacêutica local com capacidade de assumir a produção de medicamentos essenciais. O estabelecimento de tal indústria era visto como uma necessidade estratégica para implementar a política de saúde pública do País, diminuir os custos limitando a necessidade de divisas para importação, e garantir o abastecimento em medicamentos, limitando a dependência de importações. O Misau realizou na época diversos contatos com empresas de países socialistas, como a Jugoslávia e a Hungria, que dispunham de importantes indústrias farmacêuticas, e também

¹⁹ Essa situação levou J. Hanlon a escrever um artigo intitulado “Beggars can be choosers”, em 1984, na revista *New Scientist*, vol. 105, ironizando a expressão de que pobres não têm escolha senão aceitar as doações que lhe são feitas.

com empresas privadas da Suécia e organismos internacionais²⁰ (UNIDO 1988). Segundo Velásquez, em palavras escritas em 1985 mas que parecem feitas sob medida para a atual Sociedade Moçambicana de Medicamentos (SMM):

O Ministério da Saúde [estava] procurando desenvolver a indústria farmacêutica por etapas, se preocupando principalmente em formar quadros moçambicanos para garantir a gestão e o funcionamento das unidades de produção de medicamentos. O Ministério da Saúde orientaria a escolha em direção de soluções tecnológicas que garantissem a rentabilidade econômica e a continuidade do empreendimento (Velásquez, 1985:26).

O Governo moçambicano procedeu por etapas, começando por um investimento em uma fábrica de soros de reidratação, um produto de relativa de baixa complexidade de fabricação e buscando apoio para expandir e desenvolver o setor. A Emofar, instalada na Beira a partir de 1982, tinha previsão de produzir dois milhões de pacotes de soro anualmente. Esta empresa foi objeto de um projeto de cooperação com a Organização das Nações Unidas para o Desenvolvimento Industrial (UNIDO) nos anos 1980. O relatório da UNIDO (1988) enfatizava naquela época a questão crítica da formação, treinamento e disponibilidade de recursos humanos capacitados nas diversas áreas necessárias para o funcionamento de uma indústria farmacêutica (farmacêuticos industriais, analistas químicos, engenheiros e técnicos especializados em manutenção de maquinaria, gestores especializados, etc.) e o longo tempo para retorno do investimento, ligado à adaptação da tecnologia de produção e às necessidades do consumo de medicamentos do Misau. Não sabemos se estas formações, assim como os outros aspectos do projeto, como avaliação da expansão da produção, foram realizadas. No final dos anos 1980, a Emofar funcionava com apenas 25% das suas capacidades por falta de matéria prima e de peças de substituição, ambos devido a dificuldades de importação. Enquanto a Emofar encerrava suas atividades, duas empresas privadas são fundadas: a Petrofarma, localizada em Maputo, fabricará medicamentos, pomadas e xaropes, e a Final Farmacêutica dará início às suas atividades em 2001 na Matola, fabricando soros de reidratação²¹. Ambas faliram ou encerraram atividades poucos anos após seu estabelecimento, seja por problemas ligados à ausência de garantias de qualidade para responder aos critérios de compra do Misau seja pelos preços menos competitivos com relação aos medicamentos importados. Além destas, dois laboratórios-escola de medicamentos de manipulação foram criados no Hospital Central de Maputo em 1985 e 1993. Até 1985, o Misau não dispunha de um laboratório de controle de qualidade para verificar os medicamentos em circulação no País, por falta de pessoal qualificado (Velásquez, 1985). Tal laboratório foi provavelmente instalado em meados da década de 1990.

²⁰ Entrevista com H. Martins, primeiro-ministro da Saúde de Moçambique, 25/10/2016.

²¹ Agradeço ao diretor técnico e de produção da SMM e professor de Farmácia da ISCTEM por ter gentilmente compartilhado estas informações sobre a história das empresas farmacêuticas de Moçambique, que recolheu com farmacêuticos já aposentados do País.

Conforme visto acima, no início dos anos 2000, Moçambique vivia um clima de urgência para a introdução de medicamentos ARV. Ao mesmo tempo, havia um velho projeto político de montar uma indústria de medicamentos para garantir o abastecimento de medicamentos essenciais. É neste contexto que a oferta brasileira de transferência de tecnologia encontra a necessidade e o velho sonho de um país.

DA FÁBRICA DE ANTIRRETROVIRAIS À SOCIEDADE MOÇAMBICANA DE MEDICAMENTOS: PRINCIPAIS ETAPAS DO PROJETO DE COOPERAÇÃO PARA A INSTALAÇÃO DA FÁBRICA DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS.

ETAPAS DIPLOMÁTICAS E A INCLUSÃO DA FIOCRUZ

Quando o Presidente Lula da Silva chega a Maputo em novembro de 2003, traz nas bagagens um projeto que circulava entre os ministérios da Saúde e das Relações Exteriores desde o final dos anos 1990. Contrariamente à narrativa que vigorou na imprensa e entre alguns oficiais do Governo brasileiro de que a iniciativa teria sido decidida durante a viagem, pegando os quadros técnicos de surpresa²², o projeto foi sendo definido durante os meses que antecederam a viagem do Presidente. Assim, se o projeto de transferência de tecnologia estava no radar político desde 2000, ele ganha em 2003 uma atenção especial do alto escalão, sendo integrado na estratégia de política externa, e passa a ser pilotado por quadros do Ministério das Relações Exteriores (MRE) e da área internacional do Ministério da Saúde, com menor envolvimento do Programa de DST/Aids²³. Desde o final de 2002, a Embaixada brasileira em Maputo desenvolve junto com o MRE e o Ministério da Saúde um memorando de entendimento em cooperação em HIV/Aids, que seria assinado durante a visita do chanceler brasileiro Celso Amorim a Moçambique em maio 2003. Para completar o debate sobre a instrumentalização dos projetos de cooperação brasileiros com a política externa, observa-se que, durante esta visita, Moçambique declara apoio à candidatura do Brasil a um assento permanente na eventual reforma do Conselho de Segurança da ONU, assim como o Brasil estava apoiando a candidatura do primeiro-ministro Pascoal Mocumbi à direção da OMS. Paralelamente, o Ministério da Saúde moçambicano,

²² “From the beginning, Brazil’s agents involved in technical (health) cooperation were taken by surprise when the Lula administration officially declared to engage in international activities, and it seems that this feeling of unpreparedness has continued ever since” (Faid, 2013). Efetivamente, consultores brasileiros trabalhando em projetos de luta contra o HIV em Moçambique em 2003 só ficaram sabendo do projeto de transferência de tecnologia no dia da visita do Presidente Lula ao Hospital Central de Maputo. Já os técnicos e quadros do Ministério da Saúde do Brasil estavam envolvidos nas negociações com Moçambique mais de um ano antes da visita, como verificado em entrevistas feitas no Brasil. Nota-se que a narrativa da decisão sob o “rompante” da emoção do Presidente Lula ao visitar o Hospital Central de Maputo foi mencionada tanto por pessoas favoráveis como opostas ao projeto. É importante atentar para os motivos da construção dessa narrativa, por um lado seria uma demonstração de humanidade e solidariedade genuína do dirigente, e por outro uma criticável pouca maturação prévia do projeto como uma das razões das dificuldades do mesmo.

²³ Entrevista com assessores técnicos do Ministério da Saúde do Brasil, realizadas em Brasília em junho de 2016.

ao agradecer o envio de médicos moçambicanos ao Brasil para capacitação em HIV, reiterou seu interesse por um projeto de transferência de tecnologia para fabricação local de ARV, já que tanto do lado brasileiro como do moçambicano havia o reconhecimento de que a doação-piloto de cem tratamentos ARV era insuficiente dada a magnitude da incidência de HIV no País²⁴.

A partir deste momento, o projeto de instalação da fábrica passa a ser coerente com dois dos princípios da cooperação estruturante, apesar de esta não estar ainda formulada naquela data, de que 1) seu objetivo era participar na construção da autonomia da resposta em saúde pública do País, e que 2) a cooperação era orientada por uma demanda do país receptor.

Em julho, dois técnicos de Farmanguinhos e do Ministério da Saúde estiveram em Moçambique para examinar as possibilidades concretas de realizar a transferência de tecnologia, tendo inclusive visitado a Faculdade de Farmácia do Instituto Superior de Ciências e Tecnologia de Moçambique (ISCTEM) e duas fábricas de medicamentos existentes na época²⁵. A inclusão destas visitas era fundamental, já que, na concepção original dos técnicos de Farmanguinhos e do Ministério da Saúde, o projeto consistiria em transferir tecnologia para um país que já dispusesse de infraestrutura adequada e recursos humanos capacitados²⁶. No entanto, à medida que o projeto vai sendo costurado pelos diplomatas, seu escopo vai aumentando, passando da transferência de tecnologia à instalação da fábrica como um todo, inclusive dos aspectos de gestão, como fica claro no protocolo assinado em novembro de 2003: “Ao Governo brasileiro caberá oferecer e viabilizar cursos de capacitação e treinamento para o pessoal técnico que irá responsabilizar-se pela produção e gerenciamento do laboratório [fábrica].”

Apesar da intensidade de ações em 2003 e da importante comunicação em torno do protocolo, o período de 2004-2005 é marcado pela morosidade nos passos seguintes. Internamente, nos ministérios da Saúde e Relações Exteriores do Brasil houve um debate sobre a capacidade real do país em poder levar adiante um projeto tão amplo, de longo prazo e que necessitaria importantes recursos financeiros²⁷. Como reiterado por diversos autores, o Brasil não dispunha de orçamento específico, nem marco legislativo adequado para a cooperação nessa escala (Faid, 2013; Siqueira, 2014). Isso contribuiu para o atraso do lançamento do estudo de viabilidade técnica e econômica, que iria definir especificamente as responsabilidades das partes, quais as tecnologias e capacitações que seriam necessárias para o projeto, além da “factibilidade de implementação de uma proposta de grande envergadura e elevado investimento como essa, num país de menor nível de desenvolvimento e inserido numa realidade bem diferente da brasileira” (Rodrigues, 2014).

²⁴ Telegrama da Embaixada do Brasil em Maputo para o MRE n.º 308, de 5 de junho de 2003: “CTPD Brasil-Moçambique HIV/AIDS. Programa de cooperação bilateral. Memorando de entendimento.”

²⁵ Telegrama da Embaixada do Brasil em Maputo para o MRE n.º 445, de 25 de julho de 2003, “Brasil-Moçambique. Visita presidencial, cooperação em DST/AIDS. Projeto da fábrica/laboratório de ARV. Missão do Ministério da Saúde.”

²⁶ Entrevista com uma gestora de Farmanguinhos, Jacarepaguá, 10/05/2016.

²⁷ Entrevistas com diplomatas e assessores técnicos do Ministério da Saúde em maio e junho de 2016.

NEGOCIAÇÕES E ETAPAS TÉCNICAS

Iniciado em julho de 2005 e financiado pela ABC, o estudo foi executado por técnicos da Fiocruz com apoio de gestores moçambicanos do Misau e, até onde se pode levantar, sem a participação direta de Farmanguinhos, e entregue dois anos depois, em julho de 2007 (Fiocruz 2007).

Observa-se, portanto, o tempo longo no que se considera como a primeira fase de desenvolvimento da proposta de cooperação, cuja demora forneceu argumentos às críticas tanto do lado brasileiro como moçambicano sobre a real capacidade de levar adiante o projeto.

O estudo de viabilidade de 2007 concentra-se na fabricação de ARV, levando em consideração a guia de tratamento de Moçambique naquele momento e incorporando de forma muito limitada a mudança do cenário internacional relativo ao HIV, em especial a entrada dos sistemas de financiamento para compra de medicamentos ARV para países com menores recursos, como o programa do Governo americano PEPFAR, e suas consequências na evolução das guias de tratamento do HIV, que já eram antecipadas pelos especialistas na doença²⁸. Pode-se fazer a hipótese de que, assim como o programa de DST/Aids brasileiro havia se desligado do projeto de cooperação para implementação da fábrica, o programa de HIV/sida em Moçambique também parece não ter sido envolvido além da consulta de informações.

Ademais, ao receber o estudo, o Misau propôs que a fábrica incluísse no seu portfólio de produção outros medicamentos essenciais genéricos, que constituíam a maioria dos medicamentos distribuídos pelo sistema de saúde. Durante a fase de negociação, os gestores do Misau compartilhavam a visão brasileira, segundo a qual a fábrica de medicamentos seria um instrumento para assegurar o fornecimento de medicamentos para o País:

No processo de negociação, feitas as contas com os técnicos, verificou-se que a capacidade que ia ser instalada na fábrica era demasiada só para produzir antirretrovirais [...]. Daí nasceu a ideia de que, como Moçambique não tem indústria farmacêutica nenhuma, a mesma fábrica pudesse ser utilizada para produzir outros medicamentos de grande procura no País e assim a fábrica teria mais rentabilidade. [...] Fomos aprimorando as negociações [e] fez-se uma lista de 21 outros medicamentos que seriam produzidos, [...] no fundo é a lista dos medicamentos que têm maior procura e onde o Governo gasta muito dinheiro a importar. [...] Nós queríamos uma fábrica do Governo de Moçambique que produzir não só antirretrovirais mas mais 21 medicamentos que iríamos vender a um preço extremamente baixo, iria ser gratuito no Serviço Nacional de Saúde [...], este tipo de negociação [da lista de medicamentos] já foge, felizmente, dos políticos [...] e foi aí que eu senti a solidariedade do Brasil [...] os brasileiros disseram, não, não tem problema²⁹

²⁸ Entrevistas com técnicos do Ministério da Saúde do Brasil, junho de 2016 e março 2018.

²⁹ Entrevista com o ministro da Saúde de Moçambique entre 2005-2010, P.I. Garrido, 27/10/ 2016, em Maputo.

A proximidade da visão dos atores moçambicanos do Misau e brasileiros da Fiocruz, naquele momento, no que diz respeito aos objetivos da fábrica e sua relação ao sistema de saúde moçambicano, corresponde à análise de Esteves & Assunção (2017) de que a parceria horizontal concebida pelos expertos brasileiros em saúde requer uma representação comum dos problemas e das políticas públicas para solucioná-los. Além do mais, a especificação da demanda e a participação do Misau na evolução do projeto corrobora o conceito de cooperação estruturante em saúde brasileiro como não sendo um pacote fechado, podendo ser negociado em função dos critérios estabelecidos pelo país beneficiário.

A sugestão de inclusão de outros medicamentos também será celebrada por ambas as partes como estratégica, permitindo que a fábrica fizesse economias de escala com a venda de seus produtos, o que não seria possível só com ARV. Com efeito, os doadores internacionais financiando a compra de ARV para Moçambique realizam contratos de compra de forma grupada, para vários países, junto às indústrias farmacêuticas indianas certificadas pela OMS, podendo negociar preços mais vantajosos considerando o volume das aquisições. Mesmo se a fábrica moçambicana tivesse condições de fabricar ARV a custos baixos, dificilmente seria páreo para os custos das fábricas indianas, e não poderia obter retorno financeiro durante o longo processo de certificação da OMS.

Quando Farmanguinhos assume a pilotagem do projeto como instituição executora no início de 2008, é realizado um novo documento, o primeiro plano de negócios, que detalha o plano de ação das capacitações e da transferência de tecnologia, mas que se distingue do estudo de viabilidade por integrar a ideia de fabricação de outros genéricos e por buscar opções de sustentabilidade financeira da fábrica (Rodrigues, 2014). Paralelamente, a efetivação do projeto requereu que o Governo brasileiro aprovasse uma lei no Congresso Nacional, devido à ausência de um marco regulatório específico para doações a outros países no âmbito da cooperação, permitindo a doação de recursos na altura de 13 milhões de reais para a aquisição dos equipamentos de produção e controle farmacêutico que foram doados a Moçambique. A necessidade de passar por negociações e articulações políticas para aprovar a lei não havia sido antecipada pelos técnicos, gestores e diplomatas envolvidos no projeto, portanto acarretou um atraso importante em relação ao cronograma estabelecido, o que frustrou e impacientou ambas as partes.

Do lado moçambicano, a aquisição pelo Governo de uma fábrica de soros privada já existente para adequação como fábrica de medicamentos sólidos criou outra situação não antecipada. Com a constituição da Sociedade Moçambicana de Medicamentos em 2009 como uma empresa privada com 100% do capital pertencente ao Estado moçambicano, sua gestão foi outorgada ao Instituto de Gestão das Participações do Estado (Igepe), que gere todas as empresas estatais, ligado ao Ministério das Finanças e que ficou encarregado das decisões administrativas da fábrica, cuja prioridade passou a ser o retorno financeiro.

Essa decisão unilateral de Moçambique criou o primeiro constrangimento para o bom andamento das atividades da cooperação técnica, pois a partir desse momento Farmanguinhos passou a ter um interlocutor não previsto no processo de execução do projeto e, principalmente, se deparou com a introdução de uma visão de caráter majoritariamente economicista e que se contrapunha à visão social considerada pela equipe técnica brasileira para a existência e funcionamento da fábrica (Rodrigues, 2014:87).

Ao desvincular a fábrica do Misau, uma consequência que, segundo entrevistados, surpreendeu os próprios técnicos daquele ministério, o princípio de que a fábrica era primordialmente “um instrumento de saúde pública” para o Estado moçambicano é fragilizado. Da mesma forma, o ideal da cooperação estruturante em que os valores da concepção desenvolvimentista da saúde seriam compartilhados por ambos os lados parceiros é questionado.

No entanto, os esforços dos atores brasileiros em convencer o Governo moçambicano da importância estratégica da fábrica para o sistema de saúde permitiu a evolução da visão dos quadros do Igepe envolvidos diretamente com a fábrica e, segundo estes entrevistados, constituíram um aprendizado das especificidades das indústrias da saúde (Milani & Lopes, 2014). As mudanças de ministros da Saúde e de seus quadros mais próximos nos dois países entre 2010-2011 vão aprofundar as diferentes interpretações e visões estratégicas com respeito ao sentido do projeto para os dois países, traduzindo-se inclusive por um certo distanciamento dos ministérios em relação ao projeto.

Isso ocorre justamente no momento em que, no final de 2009, o Congresso Brasileiro libera os recursos para a aquisição dos equipamentos; e que a empresa Vale, no início de 2011, dá os recursos para as obras de adequação e construção da linha de fabricação de medicamentos sólidos, que serão finalizadas em fevereiro de 2012 (Rodrigues, 2014). Paralelamente, os primeiros técnicos moçambicanos foram enviados ao Brasil no final de 2011 para capacitações em boas práticas de fabricação farmacêuticas, em controle de qualidade e gestão, no âmbito de um projeto financiando pela ABC. Ressalta-se, novamente, a diversidade de atores e instituições envolvidos, cada um com seus procedimentos, temporalidades e visões, nem sempre alinhados, seja nos objetivos ou nos cronogramas, o que na prática traduziu-se por uma complexificação considerável dos processos decisórios e de implementação. Não obstante as dificuldades levantadas na etapa de implementação, em 2012 a fábrica é oficialmente inaugurada com as obras concluídas e a instalação de equipamentos de produção e do laboratório de controle de qualidade.

FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

Apesar de as capacitações já estarem em curso antes da inauguração, elas realmente começam de forma mais concreta com a presença das máquinas. Aqui é necessário ressaltar a especificidade da produção farmacêutica, em que os treinamentos incluem não só o processo de produção

dos medicamentos em si, da pesagem de matérias-primas à embalagem, em que cada etapa requer o uso de máquinas específicas, mas todo o processo de preparação dos equipamentos, o respeito de normas de limpeza, higiene e proteção corporal dos operadores de produção e dos analistas de controle, para evitar contaminações dos mesmos e dos produtos, o processo de controle de qualidade das matérias-primas, durante os procedimentos de produção, e os diversos controles periódicos, uma vez os produtos acabados. Além da produção, as atividades são igualmente complexas no que tange a produção de documentos que registram e codificam todos os procedimentos operacionais de produção, de controle e análise de qualidade, de limpeza, de gestão dos processos, de engenharia das máquinas da produção e auxiliares, como o sistema de ventilação, condicionamento e pressurização do ar, e do armazenamento das matérias-primas e dos produtos acabados.

Cada uma dessas áreas requer um volume extenso de conhecimentos teóricos, técnicos, práticos e tácitos, e a transmissão destes e sua aplicação operacional rigorosa necessitam, por sua vez, de horas de treinamento, inclusive com treinamentos anuais para atualização. Esses conhecimentos são regulamentados e harmonizados pela regras de boas práticas de fabricação (BPF), um conjunto de exigências de construção das plantas e treinamento dos recursos humanos com vistas a garantir a produção de medicamentos eficazes e seguros, elaboradas ao longo de século XX pelas indústrias farmacêuticas e agências de regulação de medicamentos dos Estados Unidos e da Europa e pela OMS a partir de 1967 (Lantenois & Coriat, 2014). A certificação em BPF, outorgada sob inspeção primeiro pela agência reguladora de medicamentos nacional e, caso haja exportação ou participação em licitações feitas pelos grandes doadores para compra de medicamentos, feita pela pré-qualificação OMS ou pela agência de regulação dos Estados Unidos, a Food and Drug Administration (FDA), é uma exigência para que uma indústria farmacêutica possa produzir e vender medicamentos.

Num primeiro tempo, técnicos brasileiros treinaram em Moçambique os técnicos oriundos da Final Farmacêutica e profissionais contratados especialmente para trabalharem na SMM. Alguns desses profissionais foram enviados ao Brasil, onde por períodos entre três semanas e dois meses passaram por treinamento intensivo nos locais de Farmanguinhos, o que lhes permitiu ter contato com uma fábrica em atividade e com profissionais brasileiros com significativa experiência (Duarte & Silva, 2014). Ao voltar do Brasil, esperava-se que estes técnicos servissem de multiplicadores e transmitissem aos seus pares o conhecimento adquirido na viagem. Entretanto, alguns profissionais capacitados aceitaram propostas de trabalho fora da SMM, considerando o desgaste com o atraso das obras e as dificuldades financeiras da SMM em alguns períodos³⁰, o que faz com que a retenção dos recursos humanos capacitados seja o constrangimento mais importante em todo o processo para a produção local (Russo & Banda, 2015).

³⁰ Entrevistas com gestores da SMM, do Misau e de Farmanguinhos, outubro e novembro de 2016, Maputo.

Por outro lado, à medida que as primeiras capacitações, de cunho mais teórico, mostraram seus limites, ficou claro para os atores de Farmanguinhos a necessidade de reformular a maneira de transmitir o conhecimento, a fim de que a assimilação acontecesse de forma concreta (Duarte & Silva, 2014). Assim, houve uma adaptação dos processos para privilegiar:

realização de trabalhos em parceria (um técnico brasileiro e outro moçambicano) nas diversas atividades de rotina da SMM S.A. de tal modo que o representante brasileiro atuasse como um “tutor” em processo contínuo de formação, avaliação e correção de procedimentos e posturas; [e] a implementação de atividades de capacitação in job, ou seja, execução contínua de capacitação para o corpo técnico e gerencial disponível na SMM S.A. ao longo de todas as missões técnicas realizada por Farmanguinhos a Moçambique (Rodrigues, 2014:93).

Para tanto, uma equipe de técnicos com ampla experiência na indústria farmacêutica privada no Brasil foi contratada por Farmanguinhos especialmente para o projeto e, quando necessário, foram apoiados por profissionais de áreas específicas de Farmanguinhos. Esta equipe realiza, desde 2011, missões em Maputo diversas vezes por ano, ficando por períodos que vão de três semanas a três meses, para realizar as capacitações contínuas em todas as áreas, acompanhar os técnicos moçambicanos nas fases de produção dos medicamentos, controle de qualidade e na produção da documentação da fábrica para garantir as BPF. Os profissionais de ambos os lados são enfáticos quanto à importância do contato permanente e sustentado ao longo do tempo, que permitiu aprofundar o aprendizado de ambos os lados, criar laços de confiança e garantir a aplicação prática rigorosa ao longo do tempo.

Se, por um lado, a transmissão de uma tecnologia requer um contato prolongado entre os detentores e receptores de um conhecimento para que sejam transferidos os conhecimentos tácitos em volta daquela tecnologia (Collins, 1985), cabe ressaltar que a complexidade e o volume dos conhecimentos são desproporcionalmente assimétricos. De fato, a diferença entre as formações iniciais e a experiência profissional dos dois lados aumenta a complexidade e requer uma adaptação constante para, em algumas semanas de missão, permitir aquisição de competências extensas em cada área específica da gestão, produção, garantia e controle de qualidade da fábrica.

EVOLUÇÃO RECENTE

As missões técnicas foram reduzidas durante o ano de 2016 devido à crise política e econômica no Brasil. A indefinição em torno do futuro da fábrica e da cooperação exigiu articulações políticas no Ministério da Saúde do Brasil para a liberação de recursos a fim de dar continuidade às atividades de capacitação, garantidas até o final de 2018 com novos recursos, na altura de

5,7 milhões de reais (1,5 milhões de dólares)³¹. Do lado moçambicano, tanto a diminuição das missões da equipe brasileira como a crise econômica vivida no País, devido às consequências das dívidas escondidas e da suspensão da ajuda dos doadores, foram fatores que frearam as atividades da fábrica, que não dispõe de capital de giro pelo Igepe³².

Não obstante, a SMM deu continuidade às atividades, como a realização de controles de qualidade em longo prazo dos seus produtos com resultados positivos, e obteve contratos para venda dos seus produtos para o Misau e distribuidores privados em Moçambique. Além disso, as crises citadas e os obstáculos anteriores na implementação do projeto impulsionaram os gestores da SMM e da cooperação brasileira a buscar outras parcerias e soluções, atualmente todas em fase de negociação, junto a instituições de financiamento e investimento, organizações não-governamentais internacionais que apoiam a produção local de medicamentos na África e acordos de transferência progressiva de tecnologia com indústrias farmacêuticas multinacionais para medicamentos essenciais, visando aumentar o portfólio de produção.

Atualmente, a SMM fabrica medicamentos contra a hipertensão, diabetes, doenças mentais e em breve analgésicos, este último a classe de medicamentos mais consumida em Moçambique. Apesar de haver críticas ao abandono da produção de ARV, em consequência da mudança na guia de tratamento do HIV em 2013 com a inclusão dos ARV mais recentes, não previstos na transferência de tecnologia do Brasil, e pelo fato de todos os medicamentos contra HIV serem doados pelos grandes financiadores (Rossi, 2017), alguns atores internacionais enfatizam que a decisão de priorizar a produção local de medicamentos essenciais de grande consumo é visionária e estratégica³³. De fato, os países da África Subsariana conhecem atualmente uma transição epidemiológica em que as doenças infecciosas como HIV e malária coexistem com o aumento das doenças crônicas, como doenças cardíacas, diabetes e câncer. As indústrias farmacêuticas locais dos países africanos que apostaram em ARV e obtiveram a prequalificação da OMS para vender aos grandes financiadores acabaram abandonando a produção de ARV, sabendo que estes últimos continuaram comprando das indústrias indianas. Já as compras dos ministérios da Saúde dos países podem ser direcionadas às indústrias locais, alinhando políticas de saúde e industriais, permitindo assim apoiar o desenvolvimento industrial e de capacidade locais e diminuir a dependência de importações, como foi o caso do Quênia com a política de “compre local”, apesar de estar num processo de liberalização do mercado (Banda, Wangwe & Mackintosh, 2016). A existência de uma fábrica em Moçambique também proporcionou outras mudanças positivas mais amplas no País, como o reforço de conhecimentos e evolução do Departamento Farmacêutico e a adoção de uma nova legislação de medicamentos em 2017.

³¹ Entrevistas com uma gestora de Farmanguinhos, em 11/07/2017, Maputo, e com diplomatas no Ministério da Saúde, Brasília, 02/03/2018.

³² Entrevistas com gestores da SMM e observações in loco em novembro e dezembro de 2016 e junho, julho e outubro de 2017.

³³ Entrevistas com atores de cooperação e ajuda internacional em Maputo, junho, julho e outubro de 2017.

CONCLUSÃO

Neste trabalho, buscou-se documentar e analisar a conjuntura que permitiu que o Brasil pudesse oferecer a Moçambique a sua expertise para a fabricação de ARV genéricos e como essa oferta foi se transformando ao longo do tempo. Como frisado por Russo & Banda (2015), sem o contexto do HIV, tanto do sucesso da resposta brasileira que associou produção local de ARV genéricos e tratamento universal, e a urgência do HIV dos países da região da África Austral no contexto específico prévio à implementação dos doadores internacionais de ARV, não teria havido colaboração farmacêutica entre os dois países. Podemos adicionar que o reconhecimento e a legitimidade do Brasil no âmbito da resposta ao HIV, associados à visão singular da comunidade de expertos em saúde do Brasil, da Fiocruz em particular, e do seu caráter programático da saúde como fator de desenvolvimento, impulsionaram a edificação da cooperação brasileira estruturante em saúde. Esta encontrou em Moçambique um parceiro que almejava a construção de uma indústria farmacêutica local e que, em diversos pontos, mas nem sempre de forma contínua no tempo, compartilhava a visão desenvolvimentista da saúde dos expertos brasileiros.

Ao focar nos atores envolvidos, tentámos mostrar como o projeto para a instalação da fábrica de medicamentos em Moçambique associou conhecimentos técnicos, diplomacia e saúde pública. A implementação prática da fábrica ao longo dos anos revela a complexidade da ambição da cooperação brasileira, bem como as possibilidades de apropriação e reinterpretação do projeto por distintas esferas no Governo de Moçambique, dependendo das suas visões relativas à saúde e ao desenvolvimento de capacidades. Apesar dos numerosos constrangimentos do projeto, entre os quais as recentes crises econômicas dos dois países, os aprendizados e inovações para ambos os lados são amplamente reconhecidos, inclusive em áreas não antecipadas, como a evolução da montagem das capacitações e a busca recente de soluções alternativas que permitam no futuro a autonomia e o crescimento da SMM. No entanto, este futuro dependerá das capacidades dos atores do Governo de Moçambique de planejar estrategicamente um ambiente favorável com políticas de apoio à produção farmacêutica industrial e de compras locais para abastecer o sistema nacional de saúde.

REFERÊNCIAS

- Abdenur, A., & Marcondes, D. (2017). Brazilian South-South cooperation in public health: Dilemmas of the ARV factory initiative. In Chris Alden *et al.* (eds.), *Mozambique and Brazil: Forging New Partnerships or Developing Dependency?* Jacana, 173–193.
- Alcázar, S. (2005). *A Inserção da Saúde na Política Exterior Brasileira*. Dissertação apresentada no âmbito do 48.º Curso de Altos Estudos do Instituto Rio Branco. Brasília: Ministério das Relações Exteriores.
- Alcázar, S. (2008). The Copernican shift in global health. *The Graduate Institute Global Health Programme Working Paper*, 3, 3-27.
- Almeida, C. *et al.* (2010). A concepção brasileira de “Cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. *Reciis*, 4(1), 25-35.
- Almeida, E.L. de & Kraychete, E.S. (2012). O discurso brasileiro para a cooperação em Moçambique: existe ajuda desinteressada? *IESE Conference Paper*, 22. Disponível em: doi:ISSN 1668-7515.
- Araújo, S. *et al.* (2017). Transferência de conhecimento na cooperação internacional: o caso Farmanguinhos – SMM. *Revista de Saúde Pública*, 51(103), 1–9.
- Avafia, T. (2015). *Public Health Related TRIPS Flexibilities and South-South Co-Operation as Enablers of Treatment Access in Eastern and Southern Africa: perspectives from producing and importing countries*. Queen Mary: University of London.
- Banda, G. *et al.* (2016). Making medicines in Africa: an historical political economy overview. In M. Mackintosh *et al.* (ed.), *Making Medicines in Africa*, 7-24. Londres: Palgrave Macmillan.
- Biancarelli, A. & Bouer, J. (1998a). Balanço do Congresso. *Folha de São Paulo*. 5 de Julho.
- Biancarelli, A. & Bouer, J. (1998b). Saúde: Brasil é modelo na distribuição do coquetel. *Folha de São Paulo*. 29 de Junho, 3.
- Carillo Roa, A. & Baptista, F.R. (2015). A Fiocruz como ator da política externa brasileira no contexto da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa: uma história revelada. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, 22 (1), 153-169.
- Cassier, M. & Correa, M. (2009). Éloge de la copie: le reverse engineering des antirétroviraux contre le VIH/sida dans les laboratoires pharmaceutiques brésiliens. *Sciences Sociales et santé*, 27 (3), 77-103.
- Cassier, M. & Correa, M. (2013). Nationaliser l'efavirenz: licence obligatoire, invention collective et néo-développementisme au Brésil (2001-2012). *Autrepart*, 63 (1), 107-122.
- Chequer, P. (1997). Medicamentos e segurança. *Folha de São Paulo*, 28 de Maio.
- Collins, H.M. (1985). *Changing Order: replication and induction in scientific practice*. Londres: Sage Publications.

- De Bruyn, T. (2014). *Brazil, India, China and South Africa in the Health Sector in Mozambique*.
- Díaz, J.A.S.B. (2013). *Brasil, de Receptor A Doador? O caso da cooperação em HIV/Aids do Brasil em Moçambique*. Dissertação de mestrado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional. Universidade de Brasília.
- Esteves, P. & Assunção, M. (2017). *South-South Partnership puzzle: the Brazilian health expert community in Mozambique*. In Isaline Bergamaschi, Phoebe Moore, & Arlene B. Tickner (eds.), *South-South Cooperation Beyond the Myths. Rising Donors, New Aid Practices?*, 107-135. Londres: Palgrave Macmillan. Disponível em: doi:10.1057/978-1-137-53969-4.
- Faid, M. (2013). *The Relationship of Foreign Policy and (Global) Health in South-South Health Cooperation. An Exploratory Case Study of Brazil's Bilateral Technical Health Cooperation in Mozambique*. PhD Thesis in International Studies. Institut des Hautes Études Internationales et du Développement.
- Fedatto, M. da S. (2017). Epidemia da AIDS e a Sociedade Moçambicana de Medicamentos: análise da cooperação brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (7), 2295-2304. Disponível em: doi:10.1590/1413-81232017227.03892017.
- Fiocruz. (2007). *Estudo de viabilidade técnico-econômico para instalação de fábrica de medicamentos em Moçambique para produção de medicamentos anti-retrovirais e outros*. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.
- Flynn, M. (2013). Brazilian pharmaceutical diplomacy: social democratic principles versus soft power interests. *International Journal of Health Services*, 43 (1), 67-89.
- Flynn, M. (2015). *Pharmaceutical Autonomy and Public Health in Latin America*. Nova Iorque: Routledge.
- Galvão, J. (2002). Access to antiretroviral drugs in Brazil. *The Lancet*, 360, 1862-1865.
- Galvão, J. (2005). Brazil and access to HIV/AIDS drugs: a question of human rights and public health. *American Journal of Public Health*, 95 (7), 1110-1116. Disponível em: doi:10.2105/AJPH.2004.044313.
- Høg, E. (2014). HIV scale-up in Mozambique: Exceptionalism, normalisation and global health. *Global Public Health*, 9 (1-2), 210-223. Disponível em: doi:10.1080/17441692.2014.881522.
- Horton, R. (1998). The 12th World AIDS Conference: a cautionary tale. *The Lancet*, 352(9122), 122.
- Lantenois, C. & Coriat, B. (2014). La “préqualification” OMS: origines, déploiements et impacts sur la disponibilité des antirétroviraux dans les pays du Sud. *Sciences Sociales et Santé*, 32 (1).
- Lima, T.G.F.D.M.S. & Campos, R.P. de (2010). O perfil dos projetos de cooperação técnica brasileira em aids no mundo: explorando potenciais hipóteses de estudo. *Reciis*, 4(1), 119-133.

- Luz, F.C.S. (2006). *A Questão da AIDS na África Austral: realidade e perspectivas da cooperação brasileira com os países da região para o combate à pandemia*. Dissertação apresentada no âmbito do 50.o Curso de Altos Estudos do Instituto Rio Branco. Brasília: Ministério das Relações Exteriores.
- Milani, C.R.S. & Lopes, R.N. (2014). Cooperação Sul-Sul e Policy Transfer em Saúde Pública: análise das relações entre Brasil e Moçambique entre 2003 e 2012. *Carta Internacional*, 9(1), 59-78. Associação Brasileira de Relações Internacionais.
- Mingorance, F. (2000). *Brazilian government offers help to African countries*. Essentialdrugs.org. Disponível em: <http://www.essentialdrugs.org/edrug/archive/200007/msg00014.php> (consultado a 20 de outubro de 2014).
- Nunn, A. *et al.* (2009). Changing global essential medicines norms to improve access to AIDS treatment: lessons from Brazil. *Global Public Health*, 4(2), 1-16. Disponível em: doi:10.1080/17441690802684067.
- PEPFAR (2016). *Mozambique Country Operational Plan 2017. Strategic Direction Summary*.
- Puente, C.A.I. (2010). *A Cooperação Técnica Horizontal Brasileira como Instrumento da Política Externa: a evolução da cooperação técnica com países em desenvolvimento, CTPD, no período 1995-2005*. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão.
- Rodrigues, R.D. (2014). *Cooperação Internacional da Fiocruz : o caso do projeto de instalação da fábrica de medicamentos em Moçambique*. Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca- Fiocruz.
- Rosenberg, T. (2001). Look at Brazil. *The New York Times*. 28 de janeiro.
- Rossi, A. (2017). Em vez de remédio contra Aids, fábrica financiada pelo Brasil em Moçambique produzirá analgésico. BBC Brasil. Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/internacional-42176248> (consultado a 06 de dezembro de 2017).
- Russo, G. & Banda, G. (2015). Re-thinking pharmaceutical production in Africa; insights from the analysis of the local manufacturing dynamics in Mozambique and Zimbabwe. *Studies in Comparative International Development*, 50(2), 258-281. Disponível em: doi:10.1007/s12116-015-9186-2.
- Russo, G. & De Oliveira, L. (2016). South-South Collaboration in pharmaceuticals: manufacturing anti-retroviral medicines in Mozambique. In Maureen Mackintosh, Geoffrey Banda, Paula Tibandebage & Watu Wamae (eds.), *Making Medicines in Africa*, 85-102. Palgrave Macmillan.
- Russo, G. *et al.* (2014). On the margins of aid orthodoxy: the Brazil-Mozambique collaboration to produce essential medicines in Africa. *Globalization and Health*, 10(70). Disponível em: doi:10.1186/s12992-014-0070-z.

- Siqueira, M.T. (2014). *Transferência de Tecnologia para Produção Pública de Medicamentos: elementos para discussão do caso Moçambique*. Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca-Fiocruz.
- The Economist*. (2016). Fishy finances - Mozambique. A donor darling stumbles towards bankruptcy. Londres. Disponível em: <https://www.economist.com/middle-east-and-africa/2016/07/16/fishy-finances?zid=304&ah=e5690753dc78ce91909083042ad12e30>
- UNIDO. (1988). *Technical Report: Potentials, Conditions and Parameters for Developing Pharmaceutical Industry in Mozambique*. Viena. Disponível em: [https://open.unido.org/api/documents/4819467/download/MOZAMBIQUE.POTENTIALS,CONDITIONSANDPARAMETERSFORDEVELOPINGPHARMACEUTICALINDUSTRY.TECHNICALREPORT\(17129.en\)](https://open.unido.org/api/documents/4819467/download/MOZAMBIQUE.POTENTIALS,CONDITIONSANDPARAMETERSFORDEVELOPINGPHARMACEUTICALINDUSTRY.TECHNICALREPORT(17129.en))
- Velásquez, G. (1985). *Pour une politique du médicament: l'expérience du Mozambique*. Paris: l'Harmattan.