



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA E RELAÇÕES INTERNACIONAIS
GRADUAÇÃO EM RELAÇÕES INTERNACIONAIS

JÉSSICA ROCHA PEREIRA

**UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA E INTERNACIONAL: A ANÁLISE DA
POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA NO COMBATE À AIDS A PARTIR DA
DÉCADA DE 80.**

Florianópolis,

2020

JÉSSICA ROCHA PEREIRA

**UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA E INTERNACIONAL: A ANÁLISE DA
POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA NO COMBATE À AIDS A PARTIR DA
DÉCADA DE 80.**

Trabalho Conclusão do Curso de Graduação em
Relações Internacionais do Centro de Economia e
Relações Internacionais da Universidade Federal de
Santa Catarina como requisito para a obtenção do título
de Bacharel em Relações Internacionais
Orientador: Prof. Dr. Daniel Ricardo Castelan.

Florianópolis,

2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Pereira, Jéssica Rocha

UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA E INTERNACIONAL: : A
ANÁLISE DA POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA NO COMBATE À AIDS A
PARTIR DA DÉCADA DE 80. / Jéssica Rocha Pereira ;
orientador, Daniel Ricardo Castelan, 2020.

49 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio
Econômico, Graduação em Relações Internacionais,
Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Relações Internacionais. 2. Política Externa. 3.
Patentes. 4. Medicamentos. 5. HIV. I. Castelan, Daniel
Ricardo. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Graduação em Relações Internacionais. III. Título.

JÉSSICA ROCHA PEREIRA

**UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA E INTERNACIONAL: A ANÁLISE DA
POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA NO COMBATE À AIDS A PARTIR DA
DÉCADA DE 80.**

Florianópolis, 03 de Dezembro de 2020.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso foi avaliado e aprovado pela banca
examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof., Dr. Daniel Ricardo Castelan
UFSC

Prof.^a Dr.^a Clarissa Franzoi Dri
UFSC

Me. Tiago Mocellin Pittas
UFSC

Certifico que esta é a **versão original e final** do Trabalho de Conclusão de Curso que
foi julgado adequado para obtenção do título de Bacharel em Relações Internacionais por mim
e pelos demais membros da banca examinadora.



Documento assinado digitalmente
Daniel Ricardo Castelan
Data: 03/12/2020 19:15:04-0300
CPF: 325.852.308-80

Prof., Dr. Daniel Ricardo Castelan
Orientador

Florianópolis, 2020.

Dedico a Deus por sempre estar ao meu lado nos momentos mais difíceis desse trabalho.

Gostaria de dedicar esse trabalho a Deus por ser tão presente e essencial em minha vida, o autor do meu destino, meu guia que nunca me abandonou.

A todos os meus professores da graduação, que foram de fundamental importância na construção da minha vida profissional.

Ao professor Daniel Ricardo Castelan, pela sua paciência conselhos e ensinamentos que foram essenciais para o desenvolvimento do TCC.

Dedico este projeto à minha família e amigos que sempre estiveram presentes direta ou indiretamente em todos os momentos de minha formação.

Dedico este trabalho a todos aqueles que de alguma forma contribuíram com meu desenvolvimento. Principalmente aos meus pais e irmãos que são sempre presentes

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a UFSC, por me proporcionar quatro anos e meio de novos e inúmeros aprendizados, tanto acadêmicos, como as amizades construídas ao longo desta estrada. Deixo aqui meu sincero agradecimento ao corpo docente do departamento de Economia e relações Internacionais, pois sem seus conhecimentos a graduação não poderia se concretizar. Obrigada a minha turma 2014.2, vocês ficarão guardados para sempre no meu coração.

Gostaria de parabenizar especialmente o professor Daniel Ricardo Castelan pela paciência como orientador ao longo deste trabalho, por elucidar todas as dúvidas e percalços em relação ao conteúdo a ser trabalhado, sempre buscando as melhores soluções, principalmente pela decisão difícil de que tema eu iria optar neste momento tão difícil e importante que é a etapa final da graduação.

Agradeço a minha família por sempre acreditar em mim, mais do que eu mesma poderia. Obrigada a minha mãe Alessandra, e pai, Paulo César, por sacrificarem tudo para poderem me proporcionar a formação acadêmica que infelizmente não puderam ter. Serei eternamente grata por isso, e espero deixá-los orgulhosos.

Agradeço a minha irmã, Júlia, pelas constantes brigas, reconciliações, e conselhos nessa etapa de concretização da monografia. Minha irmã gêmea de 8 anos de diferença, amo você.

Obrigada ao meu esposo Günther, por ser a pessoa mais compreensível do mundo nos momentos mais difíceis ao longo da minha jornada de vida, principalmente nos últimos 10 anos, você sempre será meu porto seguro. Na voz de meu cantor preferido, Michael Bublê: “You Are my Everything”.

Finalmente, deixo aqui um agradecimento aos meus amigos. Tanto os amigos da graduação, pela paciência e companheirismo nos trabalhos em grupo, estudos para provas e pela corrida vida acadêmica, bem como pelos amigos de vida e de infância, que contribuíram em parte do que eu sou hoje, e que vou levá-los para sempre no meu coração e para o resto da minha vida.

RESUMO

Foi no contexto social e político da década de 80, marcado pelo retorno à democracia, por movimentos sanitaristas e pela emergência de nova agenda para áreas como saúde e educação, que se iniciaram as ações de controle da AIDS em inúmeros países, dentre eles o Brasil. O presente trabalho tem como objetivo descrever o histórico da AIDS no Brasil, e como a doença passou a se tornar uma preocupação internacional, descrevendo as medidas precedidas para combatê-la, bem como a instalação das principais políticas públicas de saúde sobre o vírus HIV/AIDS. Atrelado a suas políticas de prevenção, diagnóstico e controle, será verificada sua consolidação de política de acesso à medicamentos após a resolução do painel de disputas com os Estados Unidos na Organização Mundial do Comércio, e sua repercussão no sistema internacional a partir da década de 1980. E então posteriormente, discutir e compreender suas consequências na cooperação às pessoas que convivem diariamente com o vírus da imunodeficiência adquirida. Ao analisar as políticas públicas de saúde, poderemos traçar os assuntos principais de suas agendas, no que diz respeito aos problemas a serem solucionados.

Palavras-chave: Políticas públicas, HIV, prevenção, diagnóstico, controle, sistema internacional, AIDS.

ABSTRACT

It was in the social and political context of the 1980s, marked by the return to democracy, by health movements and the emergence of a new agenda for areas such as health and education, that began as actions to control AIDS in numerous countries, including Brazil. This paper aims to describe the history of AIDS in Brazil, and as a disease that has become an international concern, describing it as precedent measures to combat, as well as the installation of the main public health policies on the HIV/AIDS virus. Linked to its prevention, diagnosis and control policies, its consolidation of the policy of access to medicines will be verified after the resolution of the panel of disputes with the United States in the World Trade Organization, and its repercussion in the international system since the 1980s. And then, discuss and understand its consequences in cooperation with people who live daily with the acquired immunodeficiency virus. By analyzing public health policies, we will be able to outline the main issues on their agendas, with regard to the problems being solved.

Keywords: Public policies, HIV, prevention, diagnosis, control, international system, AIDS.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS Síndrome da Imunodeficiência Adquirida Humana

ARV Antirretroviral

EUA United States of America

HIV Human Immunodeficiency Virus

OMC Organização Mundial do Comércio

OMS Organização Mundial da Saúde

ONGS Organização não Governamental

ONU Organização das Nações Unidas

OPAS Organização Pan-Americana de Saúde

PEB Política Externa Brasileira

SIDA Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SUS Sistema Único de Saúde

UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/Aids

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	O IMPACTO DA EPIDEMIA DE AIDS NA POLÍTICA INTERNACIONAL.....	18
2.1	PROPAGAÇÃO E COMBATE À AIDS NO MUNDO.....	18
2.2	POLÍTICAS A DOTADAS PELO BRASIL	25
3	A CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL.....	29
3.1	REFORMA SANITÁRIA E O SURGIMENTO DO SUS.....	29
3.2	POLÍTICAS PÚBLICAS IMPLEMENTADAS NO BRASIL.	32
4	O CONTENCIOSO BRASIL X EUA SOBRE AS PATENTES FARMACÊUTICAS NA OMC.	36
4.1	A LEI DE PROPRIEDADE INTELECTUAL E AS ALTERAÇÕES DECORRENTES DO ACORDO TRIPS	36
4.2	O QUESTIONAMENTO, POR PARTE DOS EUA, DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA.	37
4.3	ENVOLVIMENTO DA SOCIEDADE CIVIL NA DISPUTA.	39
4.4	OS DESDOBRAMENTOS APÓS O CONTENCIOSO NA OMC.....	41
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
6	REFERÊNCIAS	46

1 INTRODUÇÃO

No início da década de 1980, começou a surgir uma grande preocupação internacional com a emergência do HIV, vírus que causava a AIDS, doença que silenciosamente ocasionava inúmeras mortes, deixando os cientistas em conflito por não saberem ao certo a origem, nem como solucioná-la. Ressalta-se ainda, que a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é causada pelo vírus HIV, contudo, existem pessoas vivendo com HIV que persistem por inúmeros anos sem apresentar sintomas ou desenvolver a doença. Ainda assim, transmitindo o vírus a outras pessoas.

Graças à mobilização conjunta de inúmeros países do sistema internacional, com a intenção de amenizar os efeitos dessa epidemia, foram obtidos avanços no acesso ao tratamento do vírus HIV. Por isso, alguns países se destacam com suas políticas públicas de prevenção e tratamento, e principalmente países que possuem um sistema Universal de acesso gratuito à saúde, como o Brasil, objeto desta pesquisa. Estes países propiciaram melhor qualidade de vida e redução brusca da taxa de mortalidade para os portadores do vírus, através de ações e políticas públicas direcionadas ao combate dessa epidemia, com acesso universal de medicação gratuita.

Na tentativa de combater a doença, desde o início da década de 1980 o Brasil tem se engajado em uma constante luta para obtenção de patentes na produção de medicamentos em território nacional, facilitando assim o acesso aos fármacos, principalmente os que são classificados como medicamentos utilizados no tratamento a AIDS, denominados como Antirretrovirais (ARV). Devido a diversas ações conjuntas, como avanços científicos, tecnológicos e medicamentosos, é possível tratar o vírus e diminuir a sua propagação. No entanto, infelizmente, ainda não existe uma cura para a doença (TEIXEIRA, et al. 2009).

Frente a isso, neste trabalho inicialmente analisaremos um pouco a epidemia da AIDS, para entender então como a Política externa brasileira (PEB), juntamente com instituições internacionais como a Organização das Nações Unidas e a Organização Mundial da Saúde, foram utilizadas para dar suporte às políticas públicas, com o objetivo de reduzir a incidência de infecção pelo HIV/AIDS e por outras doenças sexualmente transmissíveis, ampliar o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à assistência.

Posto isso, nota-se a importância da resposta efetiva do governo brasileiro frente à epidemia. Neste trabalho, observaremos também os atores que se encontram envolvidos no processo, as medidas tomadas e o diálogo com as instituições internacionais, como, por

exemplo, a Organização Mundial da Saúde - OMS e a Organização das Nações Unidas - ONU, que demonstram ser essenciais para a solução de controvérsias. Essa aproximação proporciona a integração do estudo de diferentes agendas e de atores governamentais da questão aqui abordada. Assim sendo, pode-se verificar que o Brasil realizou inúmeros esforços para aprimorar suas políticas públicas de saúde e elevar a qualidade de vida de sua população.

O objetivo geral do trabalho é averiguar de que forma Brasil articulou sua política externa para combater a epidemia do vírus HIV desde a década de 1980 e ao longo dos anos, bem como a maneira com que o Governo Federal brasileiro se posicionou em defesa da efetivação da saúde pública nacional e internacional.

Para tanto, inicialmente no capítulo 1 será tratado como os países do sistema internacional mobilizaram suas políticas externas para combater a epidemia, já que por ser uma epidemia e afetar a todos, se tornou uma preocupação de caráter internacional. Será discutido, principalmente, como a saúde se tornou um tema de grande importância e visibilidade dentro do campo da política externa Internacional, tanto no combate, quanto no controle de epidemias mundialmente conhecidas. Para tanto abordaremos como o tema foi pautado na agenda internacional, pela articulação de alguns países com as Organizações Não Governamentais - ONGS e as Organizações das Nações Unidas - ONU, trabalharam para pautar esse tema na agenda internacional.

Em seguida, no capítulo 2, será abordada e verificada a cronologia histórica de como a AIDS surgiu no Brasil, e simultaneamente, na escala global, bem como a elaboração das principais políticas públicas de prevenção, diagnóstico e controle utilizadas no combate ao HIV/AIDS e sua repercussão na assistência às pessoas que convivem diariamente com o vírus da imunodeficiência adquirida. Este capítulo abordará basicamente o Brasil e os movimentos sociais e sanitaristas internos que se iniciaram na área da saúde, juntamente como período da redemocratização brasileira, a luta da área da saúde em nível institucional para adquirir políticas públicas. Também será tratado sobre o Sistema Único de Saúde, e como o Brasil foi um dos pioneiros a pensar em um programa de saúde e acesso universal ao tratamento, e da criação de políticas públicas de combate à epidemia.

Por fim, no capítulo 3, será tratada de forma mais específica e minuciosa a política externa brasileira, e toda história do Brasil acerca do HIV em âmbito internacional. Será abordado também, a questão do contencioso entre Brasil e Estados Unidos acerca das patentes farmacêuticas no painel de disputas da Organização Mundial do Comércio. Paralelamente,

ficará evidenciado o porquê de todos os autores dos textos e artigos trabalhados colocam o Brasil como referência, não somente na questão da política externa, onde o Brasil adotou uma postura extraordinária, tanto na questão das patentes e medicamentos, mas como também, é um exemplo em questão de política externa na área de saúde, sendo o caso de combate ao vírus HIV um exemplo de como o Brasil foi bem sucedido nesta área.

Para alcançar os objetivos propostos nesta pesquisa, fez-se necessário o uso de diferentes categorias de referência. Foram utilizados livros, artigos, e teses e dissertações científicas, documentos oficiais de órgãos governamentais e não-governamentais, instituições e organismos internacionais. Foram utilizados também documentos oficiais, como por exemplo, de sites governamentais, e ainda, de instituições públicas e que podem ser verificados por meio eletrônico - internet - como sites de programas vinculados ao governo Federal dos países mencionados nesta pesquisa, do Ministério da Saúde, do Ministério das Relações Exteriores, da Organização Mundial da Saúde, as Leis do SUS, entre outros.

O estudo realizado se justifica por ser essencial para que possamos traçar quais medidas devem ser tomadas com a finalidade de trazer melhorias para o campo da saúde nacional e internacional, principalmente no que se diz respeito ao acesso de medicamentos antirretrovirais (ARV) e seu acesso para a população.

2 O IMPACTO DA EPIDEMIA DE AIDS NA POLÍTICA INTERNACIONAL

Neste capítulo, depois de apresentar um breve histórico da propagação da AIDS, apresentaremos como ela foi incorporada à agenda internacional, tornando-se pauta de discussões da ONU e de outras instâncias.

Abordaremos simultaneamente como esse tema entrou na agenda Internacional e como as Organizações não governamentais, e Organizações Internacionais, como a ONU - Organização das Nações Unidas e a UNAIDS-Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS por exemplo, - se articularam para buscar metas e objetivos para amenizar e combater a epidemia.

2.1 PROPAGAÇÃO E COMBATE À AIDS NO MUNDO

Basicamente, a saúde afeta as Relações Internacionais, juntamente com sua política externa, quando ela se torna uma epidemia¹. Ultrapassando as fronteiras nacionais, a doença passa a se tornar uma preocupação de caráter internacional. O surgimento da epidemia de AIDS em toda esfera global, a partir do ano 1980, demandou uma grande preocupação internacional, devido ao fato dos governos mundiais possuírem a certeza de que doenças de caráter infectocontagiosas estariam controladas e aparentemente erradicadas. Isso desencadeou uma mobilização conjunta de diversos países, para que o problema fosse solucionado. Dentre eles, o Brasil passou a verificar dados econômicos e socioculturais, como de extrema importância para que fossem desencadeadas políticas públicas que possivelmente viriam a solucionar o problema da epidemia.

De acordo com os dados da Organização das Nações Unidas (ONU), o número de pessoas que foram infectadas com o vírus da AIDS² desde o início da epidemia em 1980 até o final de 2018, corresponde a cerca de 74,9 milhões de pessoas. Um dos primeiros casos registrados da doença, segundo pesquisadores na Europa e nos Estados Unidos, ocorreu por volta da década de 1920, na região onde hoje situa-se a atual República do Congo. O contágio teria se dado através da caça e consumo da carne de macacos pelo ser humano, sendo a

¹ Doença de caráter transitório, que ataca simultaneamente grande número de indivíduos em uma determinada localidade.

² Doença ocasionada pela infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV / sigla em inglês). Esse vírus ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças, ocasionando outras doenças oportunistas como a tuberculose, que podem levar à morte, sem o tratamento adequado. As células mais atingidas são os linfócitos T CD4+.> Mais Informações : <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/AIDS-hiv><.

primeira morte constatada pelo vírus HIV de um indivíduo nesta mesma região por volta de 1957 (GIV, 2003).

A partir de 1980, nos Estados Unidos, começaram a surgir casos de sarcoma de Kaposi (um tipo de câncer), desnutrição, sistema imunológico fragilizado e pneumonia em indivíduos homossexuais do sexo masculino. Devido sua disseminação rápida, logo na década de 1980, a AIDS foi reconhecida mundialmente em 1981 pelo Centro para o Controle de Doenças-CCD, em Atlanta nos Estados Unidos, como uma epidemia: A infecção pelo vírus era vista como uma sentença de morte, instalando pânico nas populações mundiais. Então, no mesmo ano a doença foi reconhecida pela primeira vez como “Síndrome da deficiência imunológica”, em 1982 foi dado o nome GRID (*Gay-Related Immune Deficiency* - popularmente chegou a ser mencionada pejorativamente como “câncer gay”, ou “praga do homossexual” devido a sua disseminação se apresentar em maior número dentro deste grupo. Devido a avanços nas pesquisas, no mesmo ano a síndrome foi renomeada para AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrome), sendo identificados três modos de transmissão: pelo sangue, de mãe para filho (gestação) e através de relações sexuais, ou seja, quebrou-se o estigma de que os homossexuais seriam os únicos transmissores da doença: todos os indivíduos que praticassem relações sexuais desprotegidas, entrariam no grupo de risco.

Frente a isso, o advento da epidemia da AIDS, a partir da década de 1980, foi o ponto crucial para a evolução das reflexões sobre a saúde no campo das Relações Internacionais, constituindo um desafio sem precedentes para a saúde global. Sendo assim, a gravidade epidemiológica gerou uma mobilização da comunidade internacional, incluindo o fato da AIDS ter afetado não apenas os países pobres da África, do sul da Ásia e das periferias da América do Sul, mas também os países ricos da América do Norte e da Europa Ocidental, o que ajudou a explicar o seu peso político (FEDATTO, 2015).

Conforme o número de casos continuava a crescer, o engajamento de cientistas para lidar com o problema. Em 1983, o Dr. Luc Montagnier, do Instituto Pasteur, na França, acreditava ter isolado um novo vírus, causador da AIDS. O vírus foi chamado LAV (*Lymphadenopathy associated virus*), bem como, em um período próximo em 1984, o governo norte-americano anunciou que o Dr. Robert Gallo, do Instituto Nacional do Câncer, havia isolado um retrovírus que também causava a AIDS. O vírus foi denominado *HTLV-III*. Neste período, a doença já havia se espalhado por mais de 15 países, principalmente da Europa Ocidental como Inglaterra, Alemanha, Suíça e França, bem como outros casos relatados no Canadá, no Haiti e na América do Sul. Pouco depois, veio a óbito Gaëtan Dugas, conhecido

popularmente como "paciente zero", um comissário de voo canadense, que teria sido um dos primeiros indivíduos a levar a doença para os Estados Unidos (GALVÃO, 2002).

Para confirmar a infecção pelo vírus, no ano de 1985, nos EUA, foi criado o teste de sorologia. Ele permitia um diagnóstico (positivo ou não), e também tinha a finalidade de fazer uma triagem nos bancos de doação de sangue, já que passaram-se a verificar casos de transmissão do HIV via transfusão sanguínea em inúmeros pacientes. Neste mesmo ano, ocorreu a primeira Conferência Internacional de AIDS em Atlanta, nos Estados Unidos, que foi marco inicial de mobilização de todo o sistema internacional no combate à epidemia, ainda na fase inicial do diagnóstico da epidemia de AIDS e em meio ao medo, a imprecisão de informações, estigma e os óbitos relacionados à doença. A Conferência, solicitada e organizada pela “*International AIDS Society*” – IAS (Associação Internacional de AIDS), realizou diligências da comunidade científica para poder compreender o que estava acontecendo e quais medidas teriam de ser tomadas para combater o agravo da epidemia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Ao final do ano de 1985, a AIDS já havia sido relatada por mais de 50 países, tornando-se uma grande preocupação mundial, enfatizando e demandando atenção nas relações entre atores diferenciados que atuam na agenda internacional da saúde, para além de agências e organizações internacionais como a Organização das Nações Unidas e a Organização Mundial da Saúde, a mídia, as fundações, as corporações transnacionais e as Organizações Não -Governamentais (ONGs), como a Oxfam³ por exemplo. Quando estes atores, juntamente com diferentes setores da sociedade, possuem recursos e capacidades importantes, únicos e complementares para contribuir com a resposta global⁴ à AIDS, a capacidade de gerar uma resposta positiva se dá de forma mais efetiva (ONU, 2019).

Em Paris no ano seguinte, em 1986 ocorreu a segunda Conferência Internacional de AIDS, onde foram relatadas experiências iniciais e positivas do uso do AZT⁵. No mesmo ano, o FDA - órgão norte-americano de controle sobre produtos farmacêuticos (*Food and Drug*

³ Confederação de 19 organizações e mais de 3000 parceiros, que atua em mais de 90 países na busca de soluções para o problema da pobreza, desigualdade e da injustiça, por meio de campanhas, programas de desenvolvimento e ações emergenciais.

⁴ Desde sua fundação, a Organização das Nações Unidas - ONU se uniu a parceiros de diversos setores da sociedade com a finalidade de lutar pelos direitos humanos, principalmente das populações mais vulneráveis do mundo. Uma das Organizações subordinadas a ONU, bem como tornando-se um auxiliador nas mediações em questões de saúde global, é a Organização Mundial da Saúde- OMS, fundada em 1948, seu objetivo é desenvolver ao máximo o nível de saúde de todos os povos.

⁵ A zidovudina ou **AZT** é um fármaco utilizado como antirretroviral, inibidor da transcriptase reversa (inversa). Indicado para o tratamento da AIDS e contágio por *Pneumocystis jirovecii*. Foi uma das primeiras drogas aprovadas para o tratamento da AIDS.

Administration) aprovou o seu uso em pacientes portadores do vírus. Este fármaco revelou um impacto discreto sobre a mortalidade geral de pacientes portadores de AIDS. O desenvolvimento de drogas antirretrovirais fez com que a doença deixasse de ser fatal, para tratável, apesar de ser crônica. No mesmo ano a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou uma estratégia global de combate à AIDS em relação aos usuários de drogas injetáveis, que recomendava aos usuários que esterilizassem seringas e agulhas antes de uso, a fim de evitar a transmissão da doença. Ainda no mesmo ano um comitê internacional avaliou e declarou que LAV e HTLV-III são um mesmo vírus, e um novo nome é dado: HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) (FEDATTO,2015)

Ao longo dos anos, inúmeras conferências internacionais foram realizadas sobre a AIDS. As Conferências Internacionais de AIDS se caracterizaram como um dos principais eventos de resposta global à epidemia, reafirmando-se como um encontro único de confluência de informações científicas e da defesa dos direitos humanos. Dentre outros assuntos mencionados também estão a febre amarela, cólera e peste bubônica, bem como propostas de cooperação para o combate às doenças infecciosas, e negociação de acordos internacionais. Elas serviam para promover discussões de temas sensíveis e troca de informações estratégicas entre os altamente competitivos poderes imperiais e estabelecimento de alianças. Sendo que essas reuniões internacionais continuaram a ser um importante aspecto legitimador e organizador do campo da saúde internacional (OLIVEIRA, 1999).

Após a detecção do vírus e feita a conferência internacional, uma ação lançada pela OMS em 1987, o Programa Global de AIDS (GPA) começou a receber recursos financeiros consideráveis, vindos de doações voluntárias de países desenvolvidos. Esses donativos começaram a ser utilizados na criação de estratégias globais, diretrizes técnicas, qualificação dos recursos humanos e apoio de países em fase de desenvolvimento para a realização de programas de caráter nacional. Estes programas nacionais para o combate à doença foram implementados de forma ágil no mundo todo. No nível global, o Programa Especial era responsável por liderar técnicas, coordenando pesquisas científicas, exercendo o intercâmbio de informações, e gerindo recursos. Estes comitês nacionais para AIDS foram estabelecidos em mais de 150 países, até o final de 1988. A OPAS,⁶ encarregada por essas obrigações tanto na América Latina, como no Caribe deu abertura a um regime de ações regionais, assegurou

⁶ Organização Pan-Americana da Saúde. Organização internacional especializada em saúde, criada em 1902, é a mais antiga agência internacional de saúde do mundo.

uma acentuada articulação técnica entre os países, o que veio a ser primordial para se obter um controle da epidemia (GRECO, 2008).

Também em 1987 foi realizada em Washington, a III Conferência Internacional de AIDS, bem como também os Estados Unidos aprovaram uma legislação que proibia a entrada no país de pessoas HIV positivas (lei que em 2010 viria a ser derrubada pelo Presidente Barack Obama- uma forma de acabar com o estigma do HIV, apoiar a ciência e de receber as pessoas que buscam construir uma vida nos Estados Unidos). No ano seguinte, no dia 1º de dezembro de 1988 foi instituído o dia mundial de combate a AIDS.

Paralelamente, na década de 1990 as decisões do governo brasileiro já chamavam a atenção para o cenário internacional. Em 1991, o Brasil tomou a decisão de distribuir gratuitamente e universalmente fármacos para os pacientes portadores de AIDS. Foi o primeiro país em desenvolvimento a adotar essa política, o que gerou inúmeros debates entre instituições internacionais, pesquisadores, profissionais de saúde e a sociedade civil. O resultado do tratamento antirretroviral combinado e da produção nacional de genéricos no Brasil tornou-se ao longo dos anos conhecido em todo o mundo (TEIXEIRA, 2015).

Naquele ano - 1991 - a Organização Mundial da Saúde (OMS) havia anunciado que mais de 10 milhões de pessoas estavam infectadas pelo HIV no mundo. No mesmo ano, a fita vermelha tornou-se o símbolo mundial de luta contra a AIDS. No ano seguinte em 1992, pesquisadores franceses e norte-americanos estabeleceram por fim um consenso sobre a descoberta conjunta do HIV devido a disputa entre estes pela autoria da descoberta. A AIDS passou então a integrar o código internacional de doenças e os procedimentos necessários ao tratamento da infecção são incluídos na tabela do SUS no Brasil (GALVÃO,2002).

Já no ano de 1995, os Estados Unidos aprovaram uma nova classe de medicamentos antirretrovirais, os inibidores de protease⁷. Novos medicamentos foram lançados, aumentando as opções de tratamento. Em 1996 ocorreu a Transformação do Programa Global de AIDS (*Global Programme on AIDS*) em Programa Conjunto das Nações Unidas em HIV/AIDS (*Joint United Nations Programme on HIV/ AIDS, UNAIDS*) - o programa global de AIDS deixou de ser gerenciado somente pela OMS e passou a ser integrado⁸, e gerenciado, por outras agências das Nações Unidas (FEDATTO, 2015).

Outra aliança formada para o combate à AIDS em 1996 uniu Brasil, Chile, Argentina e México em uma ação entre os países latino-americanos para adesão de uma estratégia de

⁷ São enzimas que quebram ligações peptídicas entre os aminoácidos das proteínas.

⁸ Para maiores informações acesse: <http://www.unAIDS.org>

cooperação técnica horizontal. Essa ação levou à criação do Grupo de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina (GCTH), que englobava, inicialmente, 16 países. Determinou-se, assim, uma alternativa regional, técnica e política à OPAS. O grupo demonstrava uma esfera fundamental de intercâmbio e atuação política, destacando-se pela luta intensa em prol dos direitos humanos das pessoas e grupos afetados pela epidemia e pela promoção do acesso universal e gratuito à terapia antirretroviral combinada, nos países da região. Três anos depois, em 1999, a Organização mundial da Saúde estimava que 33 milhões de pessoas, em todo o mundo, estavam vivendo infectadas com HIV/AIDS e que 14 milhões de pessoas morreram com a doença desde o início da epidemia (TEIXEIRA, 2015).

Outro programa sucessor, como também extensão das ações da ONU, a UNAIDS⁹, exerceu o papel de criar respostas e resultados, ajudando os países a combaterem o avanço do HIV, prestando assistência e tratamento as populações afetadas, amenizando os impactos socioeconômicos causados pela AIDS. Desde sua fundação em 1997, o Grupo Temático Ampliado das Nações Unidas sobre HIV/AIDS - GT/UNAIDS foi um espaço utilizado para a promover ações que apoiassem e fortalecessem a resposta nacional e multissetorial à epidemia de AIDS. Trata-se do maior e mais antigo grupo interagencial da ONU no Brasil e o mais ativo grupo do tipo no mundo. Estima-se que neste período 2,9 milhões de novos casos de HIV eram registrados por ano no mundo todo (UNAIDS, 2019).

Posteriormente, em julho de 2000 foi realizada a 4172ª Reunião do Conselho de Segurança da ONU, aprovando a Resolução 1308 que classificava a AIDS como uma questão de segurança global, e para responder a essas demandas externas, o governo brasileiro tomou outra postura, determinando à sua delegação na XIII Conferência Internacional de AIDS, realizada em Durban, África do Sul, em julho de 2000, que intensificasse sua campanha pelo acesso ao tratamento e oferecessem, publicamente, aos países em desenvolvimento, assistência técnica necessária para a implantação de serviços assistenciais e acesso gratuito à tecnologia de produção de genéricos antirretrovirais, desenvolvida pelo Brasil (GALVÃO, 2002).

O resultado da oferta brasileira foi gigantesco. Representantes de governos, organizações internacionais, e não governamentais e mídia internacional participaram de uma agitada discussão sobre o posicionamento do governo brasileiro. Com este acontecimento, pode-se assegurar que, a ação internacional pelo acesso ao tratamento nos países pobres,

⁹ Fundado em 1994, o Programa das Nações Unidas que tem a função de criar soluções e ajudar nações no combate à AIDS. > Acesso em: 07/06/2019. More info: <https://www.unaids.org/en> <

liderado pelo Brasil, se expandiu. A ação compreendia em seu escopo o questionamento das restrições impostas à produção de genéricos de medicamentos pelos tratados internacionais de propriedade intelectual (TEIXEIRA, 2015). É importante observar que os países de renda baixa e média possuem limitações, como sistemas de saúde precários sem recursos tecnológicos básicos para fornecer assistência à saúde (FEDATTO, 2015).

Em 2003, os Estados Unidos criaram o plano de emergência do presidente dos EUA para Alívio da AIDS (PEPFAR), para fornecer US 15 bilhões de dólares em cinco anos a países com altas taxas de infecção pelo vírus. No mesmo ano, a OMS anunciou a ação 3'' por 5'' para levar o tratamento do HIV a 3 milhões de pessoas até 2005.

De acordo com a própria UNAIDS, a ação conjunta e global para melhorar o acesso e fornecimento a produtos de baixo custo para o HIV é fundamental para acabar com a epidemia, incluindo esforços para assegurar medicamentos de HIV acessíveis, sobretudo remédios de segunda e terceira linha, podem beneficiar agendas mais amplas de saúde e equidade, incluindo tuberculose, hepatite C e doenças não transmissíveis. Essa mobilização acerca da saúde universal ao HIV exerce um papel indispensável na promoção da igualdade no que se diz respeito à saúde, incluindo a incorporação de serviços baseados nos direitos de saúde sexual. As pesquisas executadas demonstram que a incidência do vírus é verificada principalmente em cidades e áreas urbanizadas, pois com a rápida urbanização, muitas cidades enfrentam crescentes epidemias de HIV; pessoas que vivem em comunidades pobres, muitas vezes são infectadas pelo HIV em taxas mais elevadas do que no restante da cidade (UNAIDS, 2019).

Sobretudo, a Política Externa no combate e promoção para a saúde deve estar pautada nos compromissos com o auxílio global e a responsabilidade compartilhada através de abordagens baseadas em direitos e em novos modelos de referência de financiamento internacional, que vão além da tradicional assistência ao desenvolvimento - como, por exemplo, o investimento em pesquisa e proteção social - não podemos mais entender a saúde somente como uma questão técnica biomédica, mas reconhecer a necessidade de ações globais intersetoriais e de justiça (SILVA, 2005).

Desde o início da epidemia até o ano de 2018, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), haviam cerca de 37,9 milhões de pessoas portadoras do vírus HIV, causador da AIDS, sendo que 95% vivem em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, especialmente na África, onde estima-se que 10% da população está contaminada. A AIDS ainda não tem cura, e já matou mais de 20 milhões de pessoas desde o início da epidemia.

Dentre todos os países envolvidos no combate à epidemia ao longo dos anos, o governo brasileiro também desenvolveu ao longo do tempo, uma iniciativa Federal para combater o HIV /AIDS, cujo objetivo seria prover fundos para programas de prevenção e amparo para ajudar pessoas em situação desprotegida, bem como pesquisa, prevenção, e conscientização de forma geral, principalmente após implementar o Sistema Único de Saúde que viria a se tornar um marco de representação no campo da saúde perante os governos mundiais nas décadas posteriores.

2.2 POLÍTICAS ADOTADAS PELO BRASIL

A partir desta mesma década, pode-se verificar como avançou a luta contra a doença para o Brasil. Em 1980, o Boletim Epidemiológico reportou o primeiro caso de AIDS no Brasil e o primeiro registro de óbito: paciente masculino e a forma de infecção, via sexual. No ano seguinte, foi organizado o Primeiro Programa de Controle e Prevenção da AIDS do Brasil, no Estado de São Paulo. Posteriormente em 1985, foi criado o GAP-SP, Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS, primeira Organização Não-Governamental de luta contra a AIDS extremamente relevante para a resposta a Epidemia no Brasil (GALVÃO, 2002).

O ativista, sociólogo-político brasileiro e também hemofílico¹⁰ Herbert de Souza, o Betinho, em 1986 confirmou sua condição de portador do vírus HIV. Logo no mesmo ano, Herbert criou a Fundação da ABIA¹¹ – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, classificada como uma Organização Não-Governamental sem fins lucrativos, e atuante na mobilização da sociedade civil para o enfrentamento da epidemia de HIV e da AIDS no Brasil. Entre os temas prioritários da fundação, estão o acesso ao tratamento, assistência e a defesa dos direitos humanos das pessoas que vivem com o vírus HIV. Neste ano o Boletim Epidemiológico reportou 1.206 casos de AIDS, sendo 76 casos em mulheres, e 916 óbitos (52 entre mulheres).

Dois anos depois, em 1988, ocorria no Brasil um período de redemocratização e reformulação do Estado constituinte brasileiro, com a aprovação da nova constituição de 1988, a qual viria impulsionar a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de deste

¹⁰ Distúrbio em que o sangue não coagula normalmente.

¹¹ Acesso em 08/06/19. Mais informações: > <http://abiAIDS.org.br/sobre-nos> <

mesmo ano o SUS começou a distribuir medicamentos para as infecções ditas como oportunistas¹² e três anos depois, ele iniciou a distribuição do ARV¹³ zidovudina.

Foi então que na primeira metade da década de 1990, duas ações do governo federal brasileiro chamaram a atenção da comunidade internacional: a primeira delas, no ano de 1991, efetivou a fase inicial de distribuição universal e de acesso gratuito no sistema público de saúde: o medicamento AZT para portadores de AIDS. O Brasil foi pioneiro no que diz respeito em concretizar essa política, o que ocasionou fortes debates que passaram a envolver as instituições internacionais, estudiosos e cientistas, e diretamente a sociedade civil (TEIXEIRA, et al. 2009).

Pouco mais à frente, em 1993, graças a empréstimos efetuados pelo Banco Mundial, iniciou-se a produção nacional de antirretrovirais utilizados no tratamento da enfermidade. Então, a segunda decisão, que originou um episódio importante na história da política brasileira, foi a decisão do governo de tomar um empréstimo junto ao Banco Mundial com o intuito de custear um programa de prevenção e controle da doença (WORLD BANK, 2004). Este acordo, assinado em 1993, no valor de US\$ 250 milhões entre empréstimo e contrapartida nacional, era, na época, um volume de investimento em uma patologia inédito até o momento, para a quase totalidade dos países em desenvolvimento. (TEIXEIRA, et al. 2009).

Em 1996, o governo brasileiro tomou então uma decisão muito importante: determinou-se ao SUS a obrigação de distribuir gratuitamente remédios para HIV/AIDS para todos os brasileiros infectados, por meio da Lei 9.313 (BRASIL, 1996). A deliberação em aderir à terapia antirretroviral combinada, no ano de 1996, conferiu uma direção para o programa brasileiro, que resultaria na consolidação de sua identidade internacional, nos anos posteriores. Embora a participação do Banco Mundial tenha sido pequena na política brasileira, ela alavancou os esforços empreendidos ao combate da doença. A mobilização social, a capacidade técnica, a oportunidade política, a autonomia decisória do programa e a ação intersetorial constituem um conjunto articulado de técnicas e de políticas públicas que deram corpo a política brasileira ação frente à epidemia (SERRA, 2003).

A decisão do governo brasileiro de distribuir medicamentos a todos os infectados- que neste período de 1996, eram de cerca de 22.943 casos de AIDS sendo 6.587 casos em

¹²Infecções causadas por micro-organismos que em pessoas com imunidade normal, geralmente não chegam nem a causar doenças. Mas em pessoas com imunidade baixa, podem causar infecções geralmente muito graves, podendo levar a pessoa à morte.

¹³Sigla para Antirretroviral

mulheres, e 10.090 óbitos (2.728 entre mulheres), como reportado pelo Boletim Epidemiológico - trouxe um custo significativo para o orçamento, pois o acordo TRIPS¹⁴ restringia a possibilidade de quebra de patentes. Por isso, levantou-se então a possibilidade de um contencioso na OMC para obtenção dos medicamentos (GALVÃO,2002).

O contencioso foi efetivamente aberto em 2001, envolvendo Brasil e EUA¹⁵. A questão havia sido suscitada pelo interesse do Ministério da Saúde em licenciar compulsoriamente¹⁶ a patente dos medicamentos do Nelfinavir, fabricado pelo Laboratório Roche e do Efavirenz¹⁷ fabricado pela Merck. Após muitas negociações, estes laboratórios concordaram em abaixar os preços destes medicamentos. Em 2005, o Governo distribuiu 16 medicamentos; 4 deles (Liponavir, Ritonavir, Tenofavovir e Efavirenz) consumindo 80% dos recursos pois o governo não pediu licença compulsória¹⁸.

Nesse mesmo ano, foi iniciada a rodada de Doha¹⁹, no Qatar, com o objetivo de aderir à agenda de Desenvolvimento de Doha e a partir disso, negociar a abertura de mercados. A intenção declarada da rodada era tornar as regras de comércio mais livres para os países em desenvolvimento. A Declaração, portanto, fortalecia o direito de os países-membros utilizarem-se da licença compulsória e adotarem políticas públicas em favor do atendimento às pessoas que vivem com HIV ou AIDS. (SILVA,2005)

Devido a esses resultados, as pessoas portadoras da doença começaram ter uma expectativa de vida mais elevada, o que criou um novo desafio: ter acesso aos novos medicamentos e de forma mais efetiva. A comunidade nacional e internacional de HIV/AIDS defendeu com sucesso grandes mudanças na forma como as drogas foram reguladas para

¹⁴Em 1995, foi assinado o Acordo TRIPS, no âmbito da OMC, (Acordo sobre Aspectos de da Propriedade Intelectual relacionados ao Comércio). O acordo levou à revisão da Lei de Propriedade Industrial brasileira, consolidada na a Lei nº 9.279. Posteriormente, sancionou-se legislação sobre Licenças Compulsórias, no Decreto 3.201 (BRASIL, 1999).

¹⁵Patentes podem ser definidas como a autorização de um determinado título de propriedade temporária de elaboração de produtos e/ou equipamentos, procedimentos ou métodos de produção, desde que estejam na fase de delineamento, uma vez que não é factível patentear uma ideia.

¹⁶Consiste no poder de governos obrigarem, em situações excepcionais que companhias titulares de patentes forneçam segredos industriais ao poder público (ou a outras empresas) por prazos temporários

¹⁷Efavirenz - Fármaco inibidor da transcriptase reversa não-análogo de nucleosídeos (NNRTI) que se administra como parte da terapêutica antirretroviral de elevada eficácia (HAART) é indicado para o tratamento antiviral combinado de adultos, adolescentes e crianças infectados pelo vírus da imunodeficiência humana tipo I (VIH-1).>fonte:http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=8346512015&pIdAnexo=2855905<

¹⁸Licença compulsória é a autorização concedida por um governo a um interessado que não seja o titular da patente de uma invenção para usar essa invenção sem o consentimento do titular da patente.

¹⁹Declaração elaborada a partir da IV Conferência Ministerial da OMC em Doha, Qatar, que discutiu a flexibilidade do Acordo TRIPS, permitindo a execução de políticas públicas que facilitem o acesso aos medicamentos.

reconhecer a necessidade de um sistema de revisão rápida para aprovação e venda medicamentosa. Eles exigiram um sistema de vigilância pós-aprovação para esclarecer às pessoas que tomam as drogas, os efeitos colaterais de longo prazo e quanto tempo as drogas permaneciam eficazes (RODIER, 2017).

Apesar de o Brasil não ofertar uma cobertura universal de medicamentos para a sua população, os medicamentos para a AIDS conseguiram uma posição diferenciada no que diz respeito ao acesso ao financiamento público, devido à dinâmica do mercado de medicamentos e as restrições fiscais. Sendo o primeiro país que possui renda média a oferecer medicamentos gratuitos para o tratamento da doença, e foi exatamente o lado mais conhecido da política brasileira que criou uma incompatibilidade com as orientações internacionais (LAGO e COSTA, 2010).

Pela proporção da epidemia, e principalmente, pela organização do seu Programa Nacional, no início da década de 1990, o Brasil assumiu papel de liderança internacional que se reafirmaria nas décadas posteriores (TEIXEIRA, 2009).

3 A CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

O presente capítulo abordará basicamente o Brasil e os movimentos sociais internos que se iniciam na área da saúde, como por exemplo, os movimentos sanitaristas; bem como o período da redemocratização, a luta da área da saúde em nível institucional para conseguir políticas públicas. Será também apresentado um pouco do Sistema Único de Saúde e a criação de políticas de acesso universal ao tratamento da AIDS, pois o Brasil é um exemplo em questão de políticas públicas de acesso ao tratamento ao HIV, visto que o Brasil foi um dos pioneiros a pensar em um programa de saúde e acesso universal ao tratamento.

3.1 REFORMA SANITÁRIA E O SURGIMENTO DO SUS

Um país de grandes proporções e com inúmeros desafios sociais como o Brasil percorre um gradual e lento trajeto em prol do desenvolvimento de suas políticas públicas de saúde. Sua efetivação está intrinsecamente ligada com a qualidade da vida da população, sendo que suas políticas afetam todos os cidadãos, independentemente do grau de escolaridade, raça, sexo, religião a qual pertencem.

A estruturação do sistema de saúde brasileiro, no final dos anos 1980, foi precedida pelo surgimento da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 1902, que promovia reuniões para atualização da situação epidemiológica e definição de estratégias regionais de enfrentamento da epidemia; bem como também, posteriormente em 1982, pela criação das Ações Integradas de Saúde (AIS), que aprimoraram a cobertura das ações de saúde, integraram as atividades de assistência preventiva e curativa, e criaram as instâncias colegiadas de gestão do sistema de saúde nos três níveis de governo, já prevendo a participação de movimentos sociais. Esse foi o início do processo de institucionalização do comando único do sistema de saúde em cada esfera de governo, da organização da atenção à saúde com base na integralidade e do controle social das políticas de saúde (GRANGEIRO, et al. 2009).

Esse movimento abriu espaço para a integração de movimentos sanitaristas na estruturação dos sistemas de saúde. Esses haviam se organizado na década de 1970, no contexto da luta contra a ditadura, reunindo médicos e demais profissionais da saúde que

defendiam um conjunto de ideias relacionadas às mudanças e transformações necessárias na área da saúde, com a finalidade de melhorias da qualidade de vida da saúde pública da população (FIOCRUZ, 2019).

Diante do intenso processo de redemocratização política e do surgimento dos primeiros casos de AIDS, se constituiu no principal arcabouço da política de AIDS desenvolvida em âmbito governamental, contribuindo para fundamentar seus princípios e diretrizes. O contexto sociocultural dos anos 1970 e 1980, por sua vez, foi marcado pela conquista de liberdades individuais e pelo avanço no reconhecimento dos direitos de populações socialmente marginalizadas, como mulheres, homossexuais e negros. É este ativismo político que permitiu a imediata reação de movimentos sociais frente à AIDS. Quanto à estratégia internacional adotada pelo Brasil, além de influir no contexto global, possibilitou o fortalecimento da resposta à epidemia da AIDS dentro do próprio país (GRANGEIRO, et al. 2009).

No Brasil, a hegemonia do movimento sanitário na organização do sistema de saúde consolidou-se com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na nova Constituição Federal promulgada em 1988. Por isso, a partir da formulação da constituição brasileira de 1988, que determina ao Estado a garantir saúde de toda a população, foi criado o SUS- Sistema único de Saúde. No caldo de seu surgimento estava a insatisfação e descontentamento existente em relação aos direitos de cidadania, acesso, serviços e forma de organização do sistema de saúde no país. Em seguida, no ano de 1990, o Congresso Nacional sancionou a Lei Orgânica da Saúde, que descreve o funcionamento desse Sistema (BRASIL, 2000).

O SUS é composto pela totalidade de um conjunto de serviços e ações executadas pelos órgãos e instituições públicas a nível federal, estadual e municipal, tanto da administração direta quanto indireta, além das fundações que são mantidas pelo poder público. Além de ser um sistema que abrange a nível nacional, coexistem paralelamente subsistemas estaduais e municipais em seu âmbito. Assim, todos os serviços e ações de atenção à saúde devem ser criadas em um grupo de estabelecimentos, organizados de forma hierarquizada, regionalizada e disciplinados através dos subsistemas municipais para o atendimento integral da população e colocados conjuntamente no SUS em suas abrangências estaduais e nacional (BRASIL, 2000).

Dentre as diretrizes que regem o SUS, podemos destacar sua Universalização, onde todos possuem o direito de serem atendidos de maneira igualitária; a gestão adequada do

sistema, onde presta-se o suporte necessário ao usuário em tudo o que representa sua necessidade, garantindo-se boa qualidade de vida, e onde este é recebido na unidade de saúde de sua região. Ressalta-se também o fato de que os usuários do sistema público de saúde recebem assistência mesmo estando localizados em outros estados, ou até mesmo fora de seu país de origem, zelando por sua qualidade de vida e saúde.

A performance do SUS se encontra entre as mais democráticas, pois sua administração é um dos modelos voltados à descentralização de serviços com maior taxa de sucesso nos serviços públicos brasileiros. Atrelado a isso, ele comporta alto grau de participação social, a qual é expressa pelo funcionamento e existência de conselhos de saúde em três níveis de governo. O modelo de descentralização de serviços adotado pelo SUS tem a sua organização definida por gestores corresponsáveis sendo eles os níveis de governo junto com mecanismos previstos para pactuação e negociação das políticas adotadas na saúde (BRASIL, 2000).

Frente a isso, esse sistema único de saúde é o resultado de um processo de lutas e esforços engajados por inúmeros indivíduos. Graças a esses esforços, abriram-se caminhos para a efetividade do tratamento gratuito contra o vírus HIV, onde as políticas públicas vigentes no Brasil em relação à epidemia da AIDS, tem como finalidade, prestar assistência de qualidade às pessoas que convivem com o vírus. Hoje, todas as pessoas vivendo com HIV têm direito ao tratamento gratuito segundo a Lei nº 9.313 de 1996²⁰. No texto, está garantido que ninguém pode ter o acesso vetado ao tratamento e, nesse sentido, aos medicamentos²¹ que o compõem, desde que os parâmetros escolhidos no documento de consenso terapêutico em HIV/AIDS do Ministério da Saúde fossem preenchidos (BRASIL, 1996).

Essa oferta representou um desafio para o Brasil sob a ótica logística, financeira e política. Do ponto de vista político, a aprovação dessa lei aconteceu devido às pressões do movimento social. O aparecimento da AIDS condiz com um período histórico sobre a expansão do direito à saúde e a defesa dos direitos humanos trazidos pela constituição de

²⁰Conhecida também como Lei Sarney, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Imprensa Nacional. DOU, Ano CXXXIV -n.222. 14.11.96.

²¹Os oito anti-retrovirais produzidos no Brasil: Didanosina (ddi), Lamivudina (3TC), Zidovudina (AZT), Estavudina (d4t), Indinavir (IDV), Ritonavir (RTV), Nevirapina (NVP) e a associação AZT+3TC em um mesmo comprimido. São os medicamentos importados: Abacavir (ABC), Tenofovir (TDF), Efavirenz (EFZ), Amprenavir (APV), Nelfinavir (NFV), Lopinavir + Ritonavir (LPV/r), Saquinavir (SQV) e Enfuvirtida (T-20).
Extraído de: BARTLETT, John G./GALLANT, Joel E. Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV, p. 72.

1988. Essa atmosfera facilitou e direcionou a mobilização por parte da sociedade a pressionarem as autoridades sanitárias a tomarem medidas para refrear a epidemia da AIDS. O ativismo social estabeleceu uma sólida parceria com o setor governamental. Já do outro lado, a extensão dos recursos destinados a uma doença era criticada por alguns setores da sociedade, tendo em vista que até aquele momento o número de pacientes era relativamente pequeno comparado às outras endemias e necessidades em saúde (GRECO e SIMÃO, 2007).

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS IMPLEMENTADAS NO BRASIL.

Em sua conjuntura inicial, a principal estratégia brasileira para a implementação da política de antirretrovirais foi iniciada por meio da fabricação doméstica de medicamentos não listados na legislação de propriedade intelectual, apesar de que a matéria prima necessária ainda era importada. Posteriormente, através da ameaça de licenciamento compulsório foi exercida certa pressão sobre laboratórios para redução dos preços de suas drogas patenteadas. Logo em seguida, foram adotadas pelo Brasil, políticas públicas mais específicas que vieram a combater e amenizar o foco da epidemia de AIDS que se propagava no país (LAGO e COSTA, 2010).

Dentre as políticas públicas que foram adotadas no Brasil, podemos citar (i) os preservativos, tanto masculinos quanto os femininos (pois são uma forma gratuita e eficaz de prevenir o HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis); (ii) a profilaxia pré-Exposição (PrEP)- pílula diária tomada por pessoas HIV-soronegativas que impede o HIV de se estabelecer no corpo. A Profilaxia pós-exposição (PEP) é uma pílula de emergência que pode ser tomada no prazo de 72 horas de exposição potencial ao HIV para prevenir a infecção. Uma vez receitada, deve ser tomada diariamente durante 28 dias ininterruptos.

Existe também a chamada “Redução de Danos”, que se trata de um conjunto de abordagens, práticas e estratégias não julgadoras baseadas na crença de que, se as pessoas se envolverem em comportamentos “arriscados”, farão isso da maneira mais segura possível. Os métodos de redução de danos fornecem um ambiente seguro, de apoio e sem julgamento para educar as pessoas sobre como tomar decisões informadas sobre seu próprio uso de drogas e práticas sexuais. Os locais de redução de danos, tais como Locais de Consumo Supervisionado (SCS) e Locais de Prevenção de Overdose (OPS) permitem que os usuários de drogas e outras substâncias, o façam em um espaço seguro, fornecendo-lhes apoio conforme necessário, para prevenir e tratar doenças como o HIV (LAGO e COSTA, 2010).

Para tanto, o método denominado de “U = U” (indetectável é igual a intransmissível), se refere às pessoas que vivem com o HIV e que aderem consistentemente ao tratamento e mantêm uma carga viral indetectável não podem transmitir sexualmente o HIV. Quando uma pessoa soropositiva é submetida a tratamento, pode manter uma carga viral indetectável, o que significa que não pode transmitir o HIV ao (s) seu (s) parceiro (s) sexual (ais). Quando o HIV é indetectável, é intransmissível (U = U). Se determinado indivíduo é HIV positivo, faz tratamento e mantém uma carga viral indetectável, pode manter relações sexuais sabendo que não transmite o HIV ao seu parceiro sexual. A mensagem que o “U = U” transmite, permite que as pessoas que vivem com o vírus da AIDS sejam ligadas e mantidas aos cuidados, o que é essencial para uma saúde e bem-estar perfeitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A garantia de acesso aos medicamentos é particularmente importante no âmbito da Atenção Primária em Saúde, que se caracteriza como porta de entrada no SUS, e é parte integrante do processo de promoção, recuperação e prevenção de algumas das doenças mais prevalentes na população. No sistema brasileiro de saúde, o acesso aos medicamentos em sua grande maioria são, principalmente por meio da farmácia básica dos postos de saúde que distribuem gratuitamente alguns tipos de medicamentos, enquanto outros podem ser obtidos por meio de processos fornecidos pela farmácia especial, além de que o Brasil possui o programa de Farmácia Popular, no qual há a venda de genéricos que possuem um preço mais acessível à população.

Devido ao crescente aumento de casos notificados, gerou-se, na época inicial da política de combate à AIDS, uma grande demanda para internação de pacientes portadores de HIV/AIDS e fez-se necessária a presença de ações que compreendiam desde o credenciamento de hospitais, ao desenvolvimento de Programa de Alternativas Assistenciais, para a definição de condutas terapêuticas, políticas de medicamentos, assim como a capacitação de profissionais no manejo clínico dos pacientes (VILLARINHO, 2013).

Durante trinta anos, a epidemia de AIDS já exterminou mais de 35 milhões de vidas – com efeitos avassaladores em inúmeros grupos familiares, comunidades e países. Como explanado por (FEDATTO, 2015), os argumentos por trás da abordagem da cooperação internacional e de políticas públicas internacionais em saúde, com suas ações a serem tomadas, exemplificam a forma de resposta à epidemia de AIDS, e essa, compreende-se em escolhas políticas, bem como podem existir nesse processo, atores distintos e com diferentes agendas, mas que levam a um determinante comum de resposta positiva à doença.

Portanto, a atuação e mobilização de grupos nacionais e internacionais como a ONU-Organização das Nações Unidas, e a UNAIDS há mais de vinte anos, foi de extrema importância para reforçar a resposta nacional motivando a efetivação do acesso universal ao diagnóstico, prevenção, assistência e tratamento, bem como a outros direitos humanos e liberdades fundamentais relacionados à epidemia (UNAIDS, 2011). Nesse sentido, a função desempenhada pela ONU, é a de apoiar o governo e a sociedade brasileira nos vários aspectos relacionados à epidemia:

O Sistema das Nações Unidas e suas Agências têm como foco apoiar os países no cumprimento de seus compromissos internacionais. Esses incluem a defesa dos direitos humanos, do desenvolvimento humano, da dignidade e do respeito à vida e a promoção de melhores condições de vida para as populações. Com relação ao HIV, a ONU empreende esforços para defender e promover os Direitos Humanos das pessoas vivendo com HIV e para garantir o acesso universal à prevenção, ao tratamento, à atenção e ao apoio ao HIV em todo o mundo (UNAIDS, 2011).

Entretanto, a adoção de projetos de intervenção comunitária, desenvolvidos especialmente por ONGS- organizações não governamentais, e a estabilização do número de novos casos da infecção, a partir dos anos 2000, contribuíram para que o Brasil fosse reconhecido mundialmente por sua resposta à epidemia de AIDS, consolidando o seu papel de liderança internacional. Esse fato certamente contribuiu para o fortalecimento da resposta brasileira dentro do próprio país (LAURINDO, 2009).

Portanto, a estrutura do novo programa brasileiro articulou quatro novas estratégias no combate à doença: serviços de referência assistencial e laboratorial, vigilância epidemiológica, informação e educação à população, e mobilização e participação social. Entre as diretrizes, se destacam o combate à discriminação, a garantia do acesso universal ao tratamento e a promoção da equidade para os grupos sociais mais afetados no acesso aos recursos disponíveis (GRANGEIRO, et al. 2009).

Podemos, por fim, constatar que não existe um sistema de saúde perfeito. O SUS, por exemplo, na teoria é bem razoável. A responsabilidade é dividida entre os níveis do governo (hospitais públicos, privados, planos de saúde complementares), mas sabemos que na prática as coisas estão muito longe de serem adequadas para a maioria das pessoas. Nenhum sistema de saúde tem caráter efetivo se não houver o mínimo de atendimento primário ao cidadão. Contudo, verificamos que o processo de sua efetividade para combater

nacionalmente o vírus HIV, foi de suma importância para a população que necessitava de assistência, devido aos inúmeros casos que surgiam cada vez mais rapidamente.

Portanto, o Brasil, tem se engajado constantemente para aprimorar seu sistema público de saúde, bem como tentar proporcionar da melhor forma possível uma melhoria da expectativa e da qualidade de vida dos cidadãos como um todo, inclusive dos indivíduos que são diagnosticados como soropositivos. Podemos verificar como o Brasil possui uma grande responsabilidade graças a esse pioneirismo acerca das políticas nacionais de combate a AIDS, onde estas deram projeção ao cenário internacional com forte representação para os demais países do sistema internacional, ao adotarem essas mesmas políticas de prevenção perante sua população.

4 O CONTENCIOSO BRASIL X EUA SOBRE AS PATENTES FARMACÊUTICAS NA OMC.

No presente capítulo será tratada uma das iniciativas adotadas pelo Ministério das Relações Exteriores para que o governo brasileiro conseguisse implementar a decisão de distribuir medicamentos para toda a população a um custo orçamentário suportável: o contencioso das patentes envolvendo Brasil e Estados Unidos na Organização Mundial do Comércio (OMC).

Este capítulo será subdividido em três seções: A lei de Propriedade Intelectual e as alterações decorrentes do Acordo TRIPS; O questionamento, por parte dos EUA, da legislação brasileira e o envolvimento da sociedade civil na disputa.

A intenção do presente capítulo é focar na disputa patentária entre Estados Unidos e Brasil, considerada por muitos estudiosos como um exemplo, tanto na questão das patentes e medicamentos, como também no tratamento de soropositivos.

4.1 A LEI DE PROPRIEDADE INTELECTUAL E AS ALTERAÇÕES DECORRENTES DO ACORDO TRIPS

A partir do ano de 1996 o governo brasileiro alterou a lei de propriedade intelectual, pela publicação da Lei N. Lei nº 9.279. A nova legislação alterou de forma substantiva a forma de proteção das patentes sobre medicamentos, com impacto sobre as importações e a produção em território nacional.

Pouco tempo após a publicação da Lei n. Lei nº 9.279, em 14 de maio do mesmo ano a legislação foi alterada para adequar-se aos compromissos assumidos pelo governo brasileiro pela assinatura do acordo TRIPS (Trade-related Aspects of Intellectual Property Rights), firmado pelo Brasil no âmbito da Organização Mundial do Comércio (OMC). Entre outras coisas, o Acordo TRIPS estabelecia normas gerais, a serem cumpridas pelos signatários, sobre os direitos de propriedade intelectual, estabelecendo um regime de monopólio da patente por um certo período. Em virtude de tais alterações, a Lei de Patentes brasileira estabeleceu regras para o licenciamento compulsório, baseada no Artigo 68 da seguinte forma: “O titular ficará sujeito a ter a patente licenciada compulsoriamente se exercer os direitos dela decorrentes de forma abusiva, ou por meio dela praticar abuso de poder econômico, comprovado nos termos da lei, por decisão administrativa ou judicial” (WTO, 1994).

A utilização desse mecanismo de redução de preços, por meio do licenciamento, era importante para garantir tratamento à população soropositiva, mas sua implementação exigia regular o abuso econômico vinculado ao mercado monopolista dos medicamentos relacionados à AIDS, assim reduzindo seu preço final (TRINDADE, 2018). Por essa razão, provocou desgaste com o governo dos EUA, como será descrito, por enfrentar os interesses de interesses econômicos importantes daquele país.

4.2 O QUESTIONAMENTO, POR PARTE DOS EUA, DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA.

A partir de 2000, os Estados Unidos questionaram o artigo 68 da Lei de patentes, sugerindo que a legislação brasileira não estava de acordo com o TRIPS. Por essa razão, em 30 de maio do mesmo ano os Estados Unidos entraram com pedido de consultas junto ao governo brasileiro no Órgão de Solução de Controvérsias da OMC.

O pedido de consultas foi acompanhado de mobilização por parte de organizações da sociedade civil com atividades em HIV/AIDS, que solicitavam a compra de antirretrovirais para a rede pública de saúde (JANE, 2002).

O governo brasileiro, em relação ao pedido de consultas, argumentava que a quebra das patentes dos medicamentos, em casos de emergência na saúde pública, estava prevista no artigo 68 da Lei brasileira nº 9.279, que regulava os direitos e as obrigações relativas à propriedade industrial. Em termos gerais, a defesa baseou-se no argumento de que o bem público – casos de saúde pública e emergência - deveria sobrepor à obtenção de o lucro.

O contencioso, pela relevância do tema, suscitou interesse e mobilização de diferentes setores. Países do sistema internacional que também possuíam certo interesse no conflito, como por exemplo a África do Sul, que possui muitas ocorrências da epidemia de AIDS e que não dispõe de recursos suficientes para prover terapia medicamentosa apropriada e de livre acesso a todos os pacientes que carecem de tratamento; a Índia, que possui tecnologia avançada na produção dos genéricos e outros medicamentos, destacando-se no comércio internacional; Moçambique, Quênia, Ruanda, Zimbábue e outros países em desenvolvimento interessados no intercâmbio de tecnologia e na cooperação técnica internacional para o tratamento de sua população infectada pelo vírus da AIDS (CEPALUNI, 2006).

Também a sociedade civil se engajou na mobilização em torno do caso. Em 2001, durante o décimo primeiro encontro nacional de ONGs/AIDS, foi realizado um protesto, em

frente ao consulado norte-americano, em Recife, com a participação de mais de 250 organizações. O protesto era contra o pedido do painel, solicitado pelos Estados Unidos à Organização Mundial do Comércio (OMC), por conta da lei de patentes brasileira. Em 09 de janeiro do mesmo ano, não satisfeitos com a resposta brasileira, os Estados Unidos entraram com pedido de estabelecimento de painel no Órgão de Solução de Controvérsias da OMC, apresentando a mesma queixa e afirmando que as consultas não trouxeram os resultados esperados, tampouco a solução para o conflito (JANE, 2002)

Em meio à controvérsia sobre a adequação da legislação brasileira ao disposto no Acordo TRIPS, em fevereiro do mesmo ano o ministro da Saúde José Serra ameaçou quebrar a patente dos medicamentos Nelfinavir, fabricado pela Roche, e Efavirenz, fabricado pela Merck. Em seguida, no mesmo mês, a Organização Mundial do Comércio (OMC) aceitou pedido dos Estados Unidos de abertura de um painel contra o Brasil questionando a lei de Propriedade Industrial brasileira (Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1999), que amparava a produção nacional de ARVs.

Posteriormente, em junho de 2001 após inúmeras reuniões, debates e consultas, os países chegaram a um entendimento, considerado como uma “vitória” brasileira. Os Estados Unidos admitiram a possibilidade de quebra de patentes em questões de saúde pública de países em desenvolvimento (como a China e Índia) e retiraram, então, a queixa contra o Brasil na OMC, evitando que o litígio fosse levado a todas as instâncias do Órgão de Solução de Controvérsias da OMC.

O resultado provocou relevante redução do preço dos medicamentos. A título de exemplo, antes da disputa o Brasil comercializava o medicamento Efavirenz por cerca de 1,46 dólares, e com a compra dos genéricos produzidos pelos referidos países esse custo baixou para a unidade de 0,46 centavos de dólar. Segundo publicação do Ministério da Saúde, de junho de 2001, o Brasil produziu sete ARVs neste período (OLIVEIRA, 2006). Também em 2002 o Brasil começou a produzir e comercializar o medicamento genérico Fuzeon, o primeiro de uma nova classe de medicamentos anti-HIV denominados “inibidores de fusão”, que tinham como objetivo evitar que o vírus se acoplasse às células imunológicas, demonstrando sucesso entre pessoas de tinham resistência aos tratamentos já existentes.

Ainda no mesmo ano foi criado o Fundo Global para o Combate a Aids, Tuberculose e Malária, o qual objetivava captar e distribuir recursos, utilizados por países em desenvolvimento para controlar as três doenças infecciosas que mais matavam no mundo: a

Aids, Tuberculose e Malária. O número de casos de Aids notificados pelo boletim epidemiológico no Brasil, desde 1980, era de 258.000 mil.

4.3 ENVOLVIMENTO DA SOCIEDADE CIVIL NA DISPUTA.

A razão da vitória brasileira está associada ao posicionamento do Ministério das Relações Exteriores na disputa e à pressão exercida por variadas organizações presentes na sociedade civil ligadas à causa. O desfecho do caso trouxe um aprendizado para o governo brasileiro, segundo avaliação de Oliveira (2006), pois o governo apoiou-se em alicerces globais de poder, com ONGs, em benefícios dos interesses brasileiros que pretendiam prover bens públicos globais, posteriormente aplicados por outros países menos beneficiados contra condutas comerciais desleais (OLIVEIRA, 2006).

Constatou-se que a partir da questão das patentes, o então ministro da Saúde José Serra obteve êxito ao mobilizar para seu suporte atores domésticos e internacionais, tais como a indústria farmacêutica nacional, laboratórios nacionais, organizações da sociedade civil no Brasil e no exterior que auxiliam doentes de AIDS, parte da população empática ao tema de saúde, parlamentares, organizações internacionais, parte da sociedade civil estadunidense e de inúmeros outros países. Contudo, além da elaboração de uma excepcional política pública de saúde, reverenciada em todo mundo, foi mais importante comprovar a eficiência e a legitimidade obtida pelas estratégias de política externa que contemplem o apoio doméstico e internacional à ação do Estado brasileiro na OMC (OLIVEIRA, 2006).

Em meio à disputa, a própria organização humanitária e sem fins lucrativos dos Médicos sem Fronteiras (MSF) fez um pedido direto à própria OMC para que o governo dos Estados Unidos retirasse o pedido de instalação de painel sobre a lei de patentes no Brasil. O diretor da Campanha para Acesso a Medicamentos Essenciais, da organização MSF, Bernard Pécoul, afirmou que o governo americano ameaçava a política brasileira de combate a AIDS, incluindo a distribuição gratuita medicamentosa aos infectados. Além desta ação, ela intimidaria outros países que estivessem inclinados a aceitar a proposta brasileira de ajudá-los a confeccionar medicamentos voltados ao tratamento da epidemia (MSF, 2000).

Por outro lado, também durante a disputa, as indústrias farmacêuticas se utilizavam dos recursos de poder disponíveis. Diante da possibilidade do surgimento de uma licença compulsória, seus representantes exerceram forte pressão ao Escritório Federal de Comércio

dos EUA para fossem adotadas sanções comerciais em outros setores industriais, contra o Brasil (CHAVES, 2006).

Fazendo oposição a indústria e em menor número, estavam principalmente as ONGs vinculadas aos direitos humanos e à saúde pública atrelados a governos de estados americanos que clamavam pela prevalência das necessidades humanitárias em prol do capital financeiro. O conjunto teve o suporte de agentes globais envolvidos com a saúde pública e os direitos humanos, como Médicos sem Fronteiras, Health GAP, Oxfam, Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, Organização Mundial de Saúde, que se posicionavam a favor do Brasil e outros países em desenvolvimento para que estes possuíssem o direito de distribuição farmacológica à sua população, mesmo que às custas do retorno financeiro das indústrias farmacêuticas (CEPALUNI, 2006).

No plano interno brasileiro, havia contribuição à causa por parte do governo e sua burocracia, juntamente com o presidente da República e os ministros da Saúde, da Fazenda e das Relações Exteriores. Associados a estes, estavam à indústria nacional de genéricos, à população soropositiva, juntamente com a opinião pública. Uma observação sobre este tema: o então ministro da Saúde José Serra apresentava-se como pré-candidato presidencial do PSDB nas eleições, o que aconteceu de fato, em parte pela visibilidade pública desse fato. Sua campanha foi fundamentada na defesa dos genéricos e no comprometimento de que caso fosse consolidada sua eleição, não seriam medidos esforços para a quebra de patentes (licença compulsória), essencial para disponibilizar o tratamento de AIDS de forma que houvesse um maior alcance de disponibilidade de tratamento. A redução de custos do tratamento faria com que as quantias destinadas à saúde pública fossem suficientes para alcançar um número maior de pacientes, e assim, beneficiaria um número maior de pessoas com a mesma soma (OLIVEIRA, 2007).

4.4 OS DESDOBRAMENTOS APÓS O CONTENCIOSO NA OMC.

A postura dos países em desenvolvimento, junto ao Brasil em relação às patentes medicamentosas com o intuito de maior proteção à saúde pública, sempre foi alvo de discordância dentro da comunidade internacional e também um assunto constante dentro das agendas de negociações, como na Declaração de Doha²². Contudo a salvaguarda da licença compulsória já foi utilizada por países desenvolvidos, mesmo que parecesse ser uma preocupação exclusiva das nações em desenvolvimento. A licença compulsória foi utilizada, em alguns casos, apenas como instrumento para pressionar uma negociação dos custos medicamentosos; assim, atingido o objetivo na negociação, não seria necessária sua aplicação. (ELIAS, 2009).

Com o desdobramento do caso das patentes, o governo brasileiro conseguiu levar adiante sua política de combate ao HIV. Posteriormente, em 2003, o governo brasileiro ameaçou produzir medicamentos em território nacional, no laboratório “Farmanguinhos”, sem uma autorização dos demais laboratórios produtores de remédio contra o HIV. Entretanto, apenas alguns laboratórios cooperaram em reduzir os preços em um nível significativo para o governo federal (TRINDADE, 2018).

Em 2004, o governo conseguiu a redução do preço do Nelfinavir e de outros mais medicamentos: como o Efavirenz, o Lopinavir, o Atazanavir e o Tenofovir, também possivelmente devido ao receio, por parte das indústrias, da possibilidade de licenciamento compulsório. No ano seguinte, o governo assinou uma declaração de interesse público de um medicamento produzido pela Abbott, o Kaletra (CHAVES, 2006). Um pouco depois em 2005, os gastos em relação à medicação subiram muito, mesmo o Brasil tendo negociado com os demais laboratórios. Por isso, o governo declarou o interesse público e emitiu a licença compulsória, utilizando-a como forma de negociação de forma muito clara. Diante disso, os laboratórios resolveram ceder e reduzir o preço de seus medicamentos surgindo o primeiro percurso legal para a utilização de licenciamento compulsório motivado pela saúde pública; contudo, as negociações futuras levaram à diminuição do preço do ARV, correspondendo a redução de gastos de U\$18 milhões já em 2006 e importação de aproximadamente US\$259

²²Ou rodada Doha, são negociações da Organização Mundial do Comércio que visam diminuir as barreiras comerciais em todo o mundo, com foco no livre comércio para os países em desenvolvimento. As conversações centram-se na separação entre os países ricos, desenvolvidos, e os maiores países em desenvolvimento

milhões nos próximos seis anos, além do recebimento da tecnologia para a produção medicamentosa (BRASIL, 2007).

Em 2007, o país executou, o licenciamento compulsório de um fármaco, o Efavirenz, medicamento criado pelo laboratório Merck Sharp & Dohme. Após cinco meses de infrutíferas negociações, a medida foi feita, tendo como o argumento o interesse público, previsto tanto na Lei de Propriedade Industrial brasileira quanto ao Acordo Trips (PENNA e SIMÃO, 2007).

A experiência brasileira demonstra que a ampliação da oferta de tratamento deve ser sempre acompanhada de estratégias de redução de preço e de combate a práticas abusivas de patenteamento. Dessa maneira, corremos o risco de vermos a sustentabilidade do programa ameaçada, caso a questão patentária não seja alvo de políticas que priorizem os direitos humanos, frente aos direitos comerciais de grandes laboratórios (GIV, 2019).

Devido a esses fatores, o Brasil se tornou referência mundial no que se diz respeito ao tratamento contra o vírus HIV, graças a política adotada pelo governo federal ao distribuir a medicação de forma gratuita para a população, e então, o Ministério da Saúde se posicionou ao decretar o licenciamento compulsório de um medicamento produzido pela Roche, o Nelfinavir (OLIVEIRA, 2006). A partir desse ponto, a acessibilidade ao tratamento contra a AIDS foi efetivada graças a produção da indústria nacional dos medicamentos antirretrovirais, com preços inferiores em relação aos laboratórios multinacionais (TRINDADE, 2018).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após traçado este estudo acerca da política externa brasileira sobre o vírus da Aids, podemos concluir que o trabalho em questão, esteve pautado nos conceitos abordados principalmente na disciplina de Análise de Política Externa, a qual legitima a influência e o poder do Estado nas Relações internacionais, contudo, também afirma e reconhece a presença de atores não-estatais que mudam o rumo e o direcionamento das deliberações no campo da Política externa dentro do sistema internacional.

O Brasil se tornou referência mundial nas políticas de combate a AIDS, enfrentou a resistência de grandes laboratórios internacionais e, para proteger a saúde pública e sua população, conquistou a quebra de patentes farmacológicas. Para que o Brasil pudesse suprir todas as necessidades, o Estado corroborou que sua comissão à XIII Conferência Internacional de AIDS, ocorrida em julho de 2000 na África do Sul em Durban, fortalecesse sua diligência pela obtenção da terapia retroviral e disponibilizasse, abertamente, aos países em desenvolvimento, auxílio científico/tecnológico para o estabelecimento de serviços auxiliares e aquisição gratuita à inovação da produção tecnológica de genéricos antirretrovirais, desenvolvida pelo Brasil. A proposta também compreendia a viabilidade de doação de pequenas proporções de medicamentos antirretrovirais elaborados no Brasil, de modo que outros Estados do sistema internacional conseguissem introduzir seus projetos de tratamento e combate ao vírus.

O impacto da proposta brasileira foi extraordinário. Houve intensa argumentação sobre a posição do governo brasileiro realizado por delegações de governos, organismos internacionais, organizações não governamentais (ONGs) e sobretudo, a imprensa internacional. Sendo assim, a mobilização internacional para o acesso ao tratamento farmacológico a países em desenvolvimento ganhou força graças ao Brasil. O movimento trazia em seu escopo a indagação acerca das limitações impostas a confecção de genéricos pelos tratados internacionais de propriedade intelectual.

Terminada a convenção, a delegação brasileira foi solicitada por Fernando Henrique Cardoso e José Serra, presidente da república e seu ministro da Saúde respectivamente, que direcionaram a forma de prosseguir com a estratégia. Inúmeras propostas de cooperação bilateral surgiram com países Africanos e Latino Americanos. Somando a colaboração técnica, o Brasil pode liberar até cem tratamentos antirretrovirais ao Paraguai, à Bolívia, à Colômbia, e a países africanos que falam português.

Na mesma década, o Brasil chamava a atenção do mundo inteiro com sua visível efetividade no programa de combate ao vírus da imunodeficiência, e no que se dizia a respeito principalmente a quebra de patentes e compras de genéricos de países em desenvolvimento. De modo geral, o Brasil tem sido um país que tem um programa de HIV bastante competente no que se diz respeito à distribuição de medicamentos, a inclusão das pessoas ao processo de tratamento, e isso foi um avanço totalmente considerável frente aos programas mundiais.

O licenciamento compulsório do Efavirenz inseriu uma nova página à estratégia do Brasil, no qual altera o percurso da política e que suas consequências ainda são discutidas, fora o grande impacto a nível tanto nacional como internacional. No cenário internacional, a utilização da licença compulsória não é vista de maneira uniforme. O governo americano por exemplo, se beneficiou desse uso quando voltado aos seus interesses políticos (CHAVES, 2006).

As situações em que envolvem o licenciamento compulsório por parte de países do chamado Primeiro Mundo não são alvos de intensos debates. Inicialmente pela discrepância entre países, fazendo com que os mais poderosos usufruam das flexibilidades prevista mais facilmente. E por serem países produtores, não agirão contra si para promover um desrespeito à propriedade intelectual. A dicotomia está no estabelecimento de critérios razoáveis para os países de renda média e emergentes, como a Tailândia e o Brasil, pois estes não possuem o poder de compra comparado aos países centrais, mas tem um poder aquisitivo maior que os de baixa renda. Ambos também se tornaram os líderes dentro dos países em desenvolvimento além de exemplos que priorizaram as políticas de proteção à saúde frente às pressões das grandes entidades e companhias ligadas ao comércio internacional, elas temiam que essas iniciativas estimulassem o surgimento de outras, levando ao enfraquecimento da lei de patentes (LAGO e COSTA, 2010).

Semelhante aos países em desenvolvimento e os desenvolvidos que tiveram acesso aos ARVs ampliado, a política de acesso universal medicamentoso no Brasil gerou benefícios inquestionáveis; tanto no âmbito individual, ao determinar grande aumento da qualidade de vida e da sobrevivência de pessoas com HIV e Aids (LEVI e VITORIA, 2002); como no coletivo, reduzindo a infectividade das pessoas que vivem com HIV/Aids e contribuindo para o controle da epidemia (PORCO et al., 2004), além da melhoria da operação e estrutura do sistema de saúde brasileiro.

A política Externa brasileira de AIDS exerceu um paradigma sobre o papel do sistema de saúde brasileiro em relação às campanhas de conscientização, as parcerias com a sociedade

civil, além do fornecimento de monitoramento cuidadoso e de insumos (PETERSEN et al., 2006). Já sobre o ponto de vista econômico, o acesso aos ARVs reduziu os gastos com procedimentos terapêuticos e internações. A estimativa feita pelo Programa Nacional de DST/Aids mostrou uma economia acima dois bilhões de dólares no período de 1997 a 2003 (TEIXEIRA et al., 2004).

Atualmente, graças aos avanços nas pesquisas, uma vacina para o HIV encontra-se em fase de desenvolvimento por pesquisadores da Universidade de Harvard, a qual passou cinco anos em testes laboratoriais, aplicados nos EUA, México, Peru, Brasil, Argentina, Itália, Espanha e Polônia. Porém, enquanto não há vacina, a prevenção continua a ser essencial.

Finalmente, graças a estratégia e articulação das políticas públicas adotadas pelo governo brasileiro, tanto nacional quanto internacionalmente, a abordagem impulsionou e transformou o rumo da saúde pública e gratuita no país, bem como as vidas de milhares de soropositivos, controlando as taxas de mortalidade em decorrência do vírus, bem como dando suporte a qualidade de vida dos pacientes.

6 REFERÊNCIAS

ANDRADE, S.R. **Políticas públicas de saúde face à epidemia da aids e a assistência às pessoas com a doença**. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Enfermagem, 7 mar. 2013.

ARAÚJO, L. **Cazuza: só as mães são felizes**; depoimentos a Regina Echeverria. 11. ed. São Paulo: Globo, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agência de Notícias da Aids. Histórico do Programa Nacional de DST e Aids**. In: Programa Nacional de DST e Aids - Ministério da Saúde; 2007. Acesso em: 11/06/2019. Mais informações: > <http://www.aids.gov.br> <

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas/Ministério da saúde, Secretaria Executiva – Brasília, Ministério da saúde, 2000**

BRASIL, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988.

BRASIL, 1999. **Decreto nº 3.201 de 06 de outubro de 1999**. Dispõe sobre a concessão, de ofício, de licença compulsória nos casos de emergência nacional e de interesse público de que trata o art. 71 da Lei no 9.279, de 14 de maio de 1996.

BRASIL, 1996a. **Lei ° 9.313, de 13 de novembro de 1996**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de AIDS.

BRASIL, 1996b. **Lei nº 9.279 de 14 de maio de 1996**. Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial.

CEPALUNI, G. **Regime de patentes: Brasil x Estados Unidos no Tabuleiro Internacional**. São Paulo: Lex Editora, 2006.

CHAVES, G.C. **Patentes farmacêuticas: por que dificultam o acesso a medicamentos?** Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids; 2006.

ELIAS, F.L.F. **Patente de medicamento: a questão do licenciamento compulsório do Evavirenz**. CEDIN, 2009, v. 4.

FEDATTO, M.S. **A cooperação internacional na efetivação da saúde global: o papel do Brasil no combate ao HIV.** Boletim de Economia e Política Internacional. São Paulo, p. 1-12. 28 nov. 2018.

FREY, K. **Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil.** Planejamento e Políticas Públicas, n. 21. 2001.

FROTA, M.S.P.B. **Proteção de patentes de produtos farmacêuticos: o caso brasileiro.** Brasília: FUNAG/IPRI, 1993.

GALVÃO, J. 1980-2001: **Uma Cronologia da Epidemia de HIV/Aids no Brasil e no Mundo** – Rio de Janeiro ABIA, 2002.

GRANGEIRO A, Laurindo da Silva L, Teixeira PR. **Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária.** Rev Panam Salud Publica. 2009;26(1): 87–94.

GRECO, D.; SIMÃO. M. **Brazilian policy of universal acces to Aids treatment: sustainability challenges and perspectives.** Aids 2007; 21(Suppl.4):S37-S45.

LAGO, R.F.; COSTA, N.R. **Dilemas da política de distribuição de medicamentos antirretrovirais no Brasil.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3529-3540, 2010.

Levi CG, Vitória, MAA. **Fighting against AIDS: the Brazilian experience.** AIDS. 2002;16:2373-83.

MARQUES, M.C.C. **A história de uma epidemia moderna: A emergência política da AIDS/HIV no Brasil.** São Carlos: RiMa. 2003.

MELO, M.A.; COSTA, N.R. **Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: as estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde.** Planejamento e políticas públicas (Ipea) 1994; 1:49-108.

OLIVEIRA, M. **Negociações comerciais internacionais e democracia: o contencioso Brasil x EUA das patentes farmacêuticas na OMC.** Dados, v. 50, n. 1, 2007.

PARKER, R.; MATTOS, R.A.; TERTO, Jr.V. **As estratégias do Banco Mundial e a resposta brasileira à Aids no Brasil**. In: Barros F, organizador. *As estratégias dos bancos multilaterais para o Brasil (2000-2003)*. Brasília: Rede Brasil; 2001.

PENNA, G.; SIMÃO, M. Nota de esclarecimento. In: **Programa Nacional de DST e Aids, Ministério da Saúde; 2007**. Acesso em: 11/06/2019. Mais informações em: <http://www.aids.gov.br>

PETERSEN M, Travassos C, Bastos FI, Hacker MA, Beck E, Noronha J. HIV/AIDS in Brazil. In: Beck E, editor. *The HIV pandemic: local and global implications*. England: Oxford University Press; 2006.

PORCO TC, Martin JN, Page-Shafer KA, Cheng A, Charlebois E, Grant RM, Osmond DH. **Decline in HIV infectivity following the introduction of highly active antiretroviral therapy**. AIDS. 2004;18(1):81-8.

RABELLO, L.S. **Estudo comparado Brasil e Canadá. In: Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, pp. 107-155, 2010.

RODIER, D. **The HIV/AIDS story illustrates how attitudes in society can change, and that progress is possible with collective action**. Policy Options Politiques. Available from < <https://policyoptions.irpp.org/magazines/january-2017/the-legacy-of-the-hivaids-fight-in-canada/> > access om 09 June 2019.

ROMANOW, R.J. **Building on values: the future of health Care in Canada. Commission on the Future of Health Care in Canada Final Report**, cap. 2, p. 45-72, nov. 2002.

RUA, M.G. **Análise de Políticas Públicas: conceitos básicos. Banco Interamericano de Desenvolvimento, BINDES, 1997,**

SERRA, J. **The political economy of the Brazilian struggle against Aids**. Princeton: The Institute for Advanced Study; 2003.

TEIXEIRA, L; LAURINDO, T. **Histórias da AIDS no Brasil: As respostas governamentais à epidemia de AIDS 1983-2003**. Brasília: Unesco, 464 p, 2014.

TEIXEIRA PR, Vitória MA, Barcarolo J. **Antiretroviral treatment in resource poor settings: the Brazilian experience**. AIDS. 2004;18(Suppl 3):S5-S7.

UGÁ, M. A. D. et al. **Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Cadernos de Saúde Pública, v. 22, n. 8, p. 1597–1609, ago. 2006.

VILLARINHO, M.V. et al. **Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença**. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 66, n. 2, p. 271-277, Apr. 2013.

WTO. **Agreement on trade-related aspects of intellectual property rights**. World Trade Organization; 1994. [acessado 2007 abr 13]. Disponível em: http://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/t_agm0_e.htm.