

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Departamento de Relações Internacionais
Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais

Sona Candé

**OS IMPACTOS DA POLÍTICA DE AJUSTAMENTO ESTRUTURAL NO COMBATE
AO HIV/AIDS NA ÁFRICA SUBSAARIANA.**
Um Estudo de Caso sobre a Guiné-Bissau.

Belo Horizonte
2012

Sona Candé

**OS IMPACTOS DA POLITICA DE AJUSTAMENTO ESTRUTURAL NO COMBATE
AO HIV/AIDS NA ÁFRICA SUBSAARIANA.
Um Estudo de Caso sobre a Guiné-Bissau.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Relações Internacionais.

Orientador: Paris Yeros

**Belo Horizonte
2012**

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

C216i Candé, Sona
Os impactos da política de ajustamento estrutural no combate ao HIV/AIDS na África subsaariana: um estudo de caso sobre a Guiné-Bissau / Sona Candé. Belo Horizonte, 2012.
123f.: il.

Orientador: Paris Yeros
Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais.

1. AIDS (Doença) – Guiné-Bissau. 2. HIV (Virus). 3. Neoliberalismo. 4. África, Sub-Saara. I. Yeros, Paris. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais. III. Título.

SIB PUC MINAS

CDU: 616.988(665.7)

Sona Candé

**A INFLUÊNCIA DOS PROGRAMAS DE AJUSTAMENTOS ESTRUTURAL NO
COMBATE AO HIV/AIDS NA ÁFRICA SUBSAARIANA. Um Estudo de Caso sobre a
Guiné-Bissau.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Relações Internacionais.

Paris Yeros (Orientador) – PUC Minas

Carlos Aurélio Pimenta de Faria – PUC-Minas

José Flávio Sombra Saraiva – UNB

Belo Horizonte, 19 de Março de 2012.

A minha querida mãe Ganha Baldé (*in memoriam*).

Pela dedicação a minha educação e jeito carinhoso que me ensinaste a encarar as situações da vida.

A Emmanuel dos Santos pela confiança, paciência e por cuidar do nosso filho, Aly Philipe. O vosso Amor e Carrinho estão presentes em cada pagina deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pela força e coragem no momento em que tomei a decisão de encarar esse desafio;

Com profundo reconhecimento que agradeço o Governo Federal da República Federativa do Brasil no quadro de Acordo de Cooperação Cultural/Educacional que tem vindo a estabelecer com o Governo de Guiné-Bissau, e que me permitiu ter essa oportunidade;

À meu Pai, Bubacar Candé meu muito obrigado por ser o responsável pelo início dessa caminhada;

Aos meus irmãos, Amadi, Braima (Gale) e em especial a você Adul, por acreditar em mim, pelas nossas longas conversas pela madrugada me encorajando sempre;

À CNPq pela concessão da bolsa que me permitiu suportar os encargos durante o desenvolvimento dos trabalhos;

À Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais PUC – Minas, através do Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais – PPGRI pela enorme contribuição na minha formação acadêmica;

Ao meu orientador Paris Yeros, minha admiração, estima e consideração pela paciência e excelente ajuda prestada, principalmente, pelas orientações que recebi na elaboração deste trabalho desde início;

À Zylene pela disponibilidade e ajuda prestada durante a coleta dos dados;

Aos Professores: Matilde de Sousa, Taiane Las Casas, Ótávio Dulci e a Fátima Anastásia;

A Paula Mayrink, pela prontidão e bom humor. Ao Luis e a Nathalie pela amizade e paciência durante o convívio e a vossa prontidão nos momentos cruciais. Não me esqueço aos demais colegas do mestrado, Henrique Furtado, Guilherme Bastos, Júlio César, Samuel Parreira, William Daldegan, Silvia Medeiros, Letícia Ribas, Sherban e todos aqueles que direta ou indiretamente, contribuíram para tornar este trabalho uma realidade.

“A epidemia do HIV/AIDS é mais do que apenas crise de saúde pública, é ameaça ao próprio desenvolvimento”.

Kofi Annan

RESUMO

A década de 1980 foi o período em que muitos países em desenvolvimento implementaram as Políticas de Ajustamento Estrutural preconizados pelo Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional. Na mesma década o continente africano começa a enfrentar com uma das maiores crises de saúde pública da história, a epidemia do HIV/AIDS. Este trabalho analisa o impacto das medidas do ajustamento estrutural dessas instituições financeiras internacionais na luta contra esta epidemia na África Subsaariana, considerada a região do continente mais afetada pelo vírus HIV. Direcionadas, sobretudo para área econômica promovendo o setor privado em detrimento da intervenção do Estado, as políticas do BM e do FMI reduziu e cortou gastos públicos, privatizou instituições do Estado, redimensionou toda administração pública. Estas reformas resultaram em grandes déficits governamentais enfraquecendo as estruturas do Estado de combate a epidemia, e ainda contribuíram para a deterioração do bem-estar das famílias africanas tornando lhes ainda mais vulneráveis a HIV/AIDS. Além disso, o trabalho investiga os desafios que o setor da saúde se deparou com as reformas neoliberais quando esta ideologia emergiu como uma política dominante no pensamento econômico e de desenvolvimento. Destacará também como a influência do regime de propriedade intelectual dificultou o acesso universal dos medicamentos antiretrovirais (ARV's) para o tratamento do vírus à mulheres e crianças que são os grupos sociais mais afetados pelo HIV.

Palavras-chave: HIV/AIDS. Neoliberalismo. Sub-Saharan África.

ABSTRACT

The decade of 1980 marked a period when many developing countries implemented the structural adjustment policies advocated by the World Bank and International Monetary Fund. In the same decade the African continent begins to face a major public health crises, the HIV/AIDS epidemic. The present work analyzes the impacts of structural adjustment measures advocated by international financial institutions in the struggle against this epidemic in sub-Saharan Africa, the region most affected by HIV. Directed mainly to the economic area favoring the private sector at the expense of state intervention, the policies of the WB and IMF reduced and cut public expenditures, privatized state institutions, and redefined the entire public administration. These reforms resulted in large governments deficits, weakening structures of the state to combat the epidemic, also contributing to the deterioration of the African families welfare, making them even more vulnerable to HIV/AIDS. In addition, this work investigates the challenges that the health sector has faced with the neoliberal reforms when this ideology emerged as dominant in the economic and development thought. It also highlights how the influence of the intellectual property regime has diffculted the universal access of antiretroviral drugs (AVRs) to the treatment of women and children, HIV most affected groups.

Keywords: HIV/AIDS. Neoliberalism. África Sub-sahan.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Crescimento da prevalência do HIV nas mulheres na África Subsaariana	63
Gráfico 2. Titulo: Prevalência de órfãos na África Subsaariana	66
Gráfico 3. Prevalência de HIV/AIDS por região de residência, 2003/05.....	93
Gráfico 4. Titulo: Início da atividade sexual entre os jovens (15-24 anos).....	96
Gráfico 5. Crianças de 0-14 anos sob tratamento antiretroviral.....	103
Gráfico 6. Disponibilidade de médicos em relação a necessidades demandados pelo HIV/AIDS.....	108

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Taxa de cobertura antiretroviral para crianças	65
--	----

LISTA DE TABELAS

Quadro 1. Pontos de Divergência.....	27
Quadro 2. Campo comum – por razões diferentes	28
Quadro 3. Paradigmas comparados	30
Tabela 4. Gastos Totais dos Governos Africanos em Educação e no Ensino Superior de 1990 - 2001	82
Tabela 5. Prevalência de orfandade e a vulnerabilidade	99
Tabela 6. Apoio a crianças órfãs e vulneráveis devido à AIDS. A Percentagem de crianças com idade entre 0-17 anos com órfãos e famílias vulneráveis receberam apoio externo gratuitamente para cuidar da criança na Guiné-Bissau, 2006.....	101
Tabela 7. Comportamento sexual entre as mulheres jovens órfãos e vulneráveis à HIVAIDS. Porcentagem de mulheres jovens com idade entre 15-17 que tiveram relações sexuais antes dos 15 anos de acordo com o estado de vulnerabilidade e do estado da sobrevivência dos pais.....	102
Tabela 8. Titulo: Numero de profissionais de saúde por habitante	107

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 TEORIA DO DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E O LUGAR DO DESENVOLVIMENTO HUMANO	17
2.1 Conceitos e características da teoria de modernização	17
2.1.1 Teoria da Modernização	17
2.1.2 Críticas estruturalistas à teoria de modernização	20
2.2 O Neoliberalismo	21
2.2.1 Conceitos e Características	21
2.3 Desenvolvimento Humano	24
2.3.1 Conceitos e Características	24
2.3.2 Objetivos e Estratégias	26
2.3.3 Campos em Comum – por razões diferentes.....	28
2.3.4 Pontos Discordantes	29
3 PAE E O SISTEMA DE SAÚDE NA ÁFRICA	31
3.1 Consenso de Washington	31
3.2 A comercialização dos serviços de saúde na África Subsaariana	33
3.3 O Desemprego	39
3.4 As evidências do Banco Mundial e as Críticas do PNUD	42
3.5 A epidemia do HIV/AIDS e o PAE.....	45
4 AJUSTAMENTO ESTRUTURAL E O ACESSO A MEDICAMENTOS	48
4.1 Organização Mundial do Comércio - OMC.....	48
4.2 Consequências do TRIPS no Acesso aos ARVs e seu impacto na África Subsaariana	51
4.2.1 Pesquisa e Desenvolvimento P&D.....	51
4.2.2 O acesso e as diferenças socioeconômicas.....	53
4.2.3 Os emergentes rumo a Doha.....	55
4.3 Abordagens Biomédicas e Saúde Pública.....	59
4.4 Vulnerabilidade das Mulheres ao HIV e o Acesso ao Tratamento	61
4.4.1 Caracterização do Problema	61
4.5 O Acesso ao Tratamento para Crianças com HIV e a situação dos Órfãos.....	64
4.5.1 Caracterização do problema.....	64
4.5.2 Casos Específicos	67
5 INFRAESTRUTURA FÍSICA E RECURSOS HUMANOS.....	73
5.1 Situação dos equipamentos	73
5.3 Fuga de Cérebros.....	76
5.4 Argumentos do Banco Mundial	78
5.5 Os efeitos da fuga de cérebro no setor da saúde	80
5.6 Médicos Estrangeiros	83

6 ESTUDO DE CASO - GUINÉ-BISSAU	86
6.1 Apresentação das características sócio-econômicas e demográficas	86
6.2 O contexto do PAE na Guiné-Bissau	87
6.3 O Sistema de Saúde Guineense	89
6.4 Situação Epidemiológica do HIV/AIDS e o tratamento com ARV's	92
6.5 A relação das mulheres com HIV/AIDS e o PAE	95
6.6 A situação dos órfãos devido a AIDS, crianças vulneráveis e o tratamento	98
6.7 A relação do PAE e HIV/AIDS na Guiné-Bissau.....	104
6.8 Infra-estruturas sanitárias.....	105
6.9 Recursos Humanos	106
7 CONCLUSÃO.....	110
REFERÊNCIAS	116

1 INTRODUÇÃO

A década de 80 foi o período que o HIV/AIDS foi reconhecido e conceitualizado, desenvolveu-se durante a época da globalização neoliberal. As transformações do capitalismo geraram novas formas de exclusão e desigualdades dentro e entre países. Na década de 1980 a maioria dos países da África Subsaariana adotou o Programa de Ajustamento Estrutural (PAE) preconizados pelas instituições de Bretton Woods - Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional. Os programas demandam redução nos orçamentos do Estado e disciplina fiscal com vista a reduzir os desequilíbrios nas economias dos países do Terceiro Mundo tanto interno como externo.

Durante esta década 34 países africanos negociaram empréstimos com as duas instituições financeiras internacionais que desempenharam um papel proeminente na elaboração desses programas. A maioria dos países da África Subsaariana enfrentou crise econômica na mesma década, as condições sociais se agravaram e verificou-se elevação de níveis de pobreza. O agravamento da crise nesses países é observado pelas taxas de rendimento per capita em declínio. Nos aspectos humanos, houve a diminuição de despesas sociais per capita, aumento do desemprego e da mortalidade infantil em muitos países. A crise traduziu-se no total agravamento da pobreza que influenciou a diminuição dos indicadores do desenvolvimento humano, como na saúde, na educação e outros.

Na África Subsaariana a epidemia se desenvolveu em um mundo de ajustes estruturais. Considerada pelos estudiosos uma crise de saúde sem precedentes, a dimensão e a expansão da AIDS constituem um grande desafio para a saúde pública. As reformas feitas nos sistemas de saúde através do PAE nas últimas décadas contribuíram para explosão da epidemia do HIV/AIDS que tem implicações para a gestão dos sistemas de saúde na medida em que este está correlacionado com a capacidade reduzida de estabelecimentos de saúde pública para lidar com uma gama complexa de aspectos relacionados ao combate ao HIV/AIDS. Além disso, os milhões de adultos infectados pelo vírus de HIV ou que sofrem de doenças relacionadas ao vírus colocam pressão extrema sobre os serviços de saúde de muitos países africanos. A circunstância de orçamentos apertados tornaram quase impossível de tratar as pessoas que convivem com o vírus, ou realizar campanhas eficazes para reduzir comportamentos de alto risco.

Este trabalho tem como objetivo geral analisar como a luta contra a epidemia do HIV/AIDS na África Subsaariana foi influenciado pelo regime neoliberal como força dominante do pensamento do desenvolvimento econômico na década de 1980. Para atingir

este objetivo traçaram-se três objetivos específicos centrando-se a observação nos aspectos correlacionados com o combate a epidemia do HIV/AIDS e os grupos alvos que são as mulheres e crianças vítimas da epidemia. No primeiro objetivo efetuou-se uma análise em vista aos desafios enfrentados pelos sistemas de saúde na luta contra a epidemia do HIV/AIDS num contexto de reformas neoliberais que reduziu gastos de governos africanos para o setor social. A introdução de taxas para os serviços da saúde impediu os mais pobres o acesso à saúde. No segundo objetivo propomos destacar a influência das indústrias farmacêuticas no preço dos medicamentos antiretrovirais (ARV's) para tratamento do vírus HIV, através da implementação do regime de propriedade intelectual, um dos aspectos pertencente da agenda neoliberal. Este provocou barreiras para o acesso a esses medicamentos, sobretudo para as mulheres e crianças sendo os grupos mais afetados pelo vírus.

O terceiro objetivo sobre a infraestrutura física e os recursos humanos demonstra como o ambiente de recursos escassos comprometeu a manutenção dos equipamentos, das infraestruturas e a reabilitação dos estabelecimentos hospitalares. E ainda, demonstra como as precárias condições de trabalho e a perda dos direitos trabalhistas induziram à migração de profissionais do setor de saúde para estrangeiro provocando redução do capital humano, um dos fatores importantes no combate á epidemia do HIV/AIDS.

O trabalho é constituído por seis capítulos além desta introdução e conclusão, sendo que no segundo capítulo procurou-se apresentar as abordagens e fundamentos teóricos do conceito de desenvolvimento começando pela teoria da modernização a partir do período Pós II Guerra. Este serve para situar o pensamento sobre o desenvolvimento até a emergência do neoliberalismo. Ambos são modelos econômicos, porém com ênfases diferentes sobre a relação Estado e Mercado.

A abordagem sobre a dimensão social do desenvolvimento começou a ganhar espaço na agenda de debates na década de 1990 no âmbito nacional e internacional conduzindo ao conceito de Desenvolvimento Humano com objetivo de identificar se as políticas de ajustes estruturais são compatíveis com este. O PNUD procurou identificar outros indicadores para o estudo do desenvolvimento incorporando variáveis não econômicas, colocando as necessidades do ser humano em primeira mão. Apesar de rendimento refletir o potencial de um país, PNUD considera que outras prioridades precisam ser levadas em consideração como pobreza, desemprego e as desigualdades sociais. Esta abordagem fornece ferramentas precisas para eficácia no combate à epidemia do HIV/AIDS.

O terceiro capítulo demonstra as mudanças e os desafios dos sistemas de saúde na África no combate a epidemia do HIV/AIDS, num contexto de reformas neoliberais através da redução orçamental para o setor social, sobretudo, na saúde, o desemprego, privatizações, baixos salários causando a deterioração do nível de vida das famílias. O capítulo revela que na medida em que os orçamentos de saúde sofreram cortes foi aumentando número de doentes com AIDS.

No quarto capítulo destaca-se a influência das indústrias farmacêuticas no preço dos ARV's através do Acordo TRIPS - regime de propriedade intelectual, aspecto integrante da agenda neoliberal. Este provocou barreiras para o acesso aos medicamentos anti-retrovirais para tratamento das pessoas que convivem com vírus do HIV, sobretudo as mulheres, a feminização da epidemia devido a fatores sociais, econômicos e culturais, o acesso desigual das mulheres à informação, educação e serviços de saúde num contexto da epidemia de HIV/AIDS que contribuíram para acentuar as desigualdades de gênero, a vulnerabilidade e a violência contra as mulheres. A epidemia tem deixado mais e mais crianças vítimas da doença, discutirá, portanto o impacto e o crescimento do HIV/AIDS nas crianças e as condições dos órfãos devido a AIDS.

No quinto capítulo sobre as infraestruturas e os recursos humanos, discute-se como a falta de recursos impossibilitou a manutenção das infraestruturas e equipamentos no sector da saúde. As reformas estruturais afetaram a capacidade da ação do Estado assim como quase todas as esferas do sistema. E ainda, as abordagens e as implicações dessa migração para a saúde a partir de uma perspectiva da redução do capital humano, um dos fatores importantes no combate à epidemia do HIV/AIDS.

Sendo um dos países da região Subsaariana também com altos índices de prevalência do vírus HIV efetuou-se no sexto capítulo um estudo de caso sobre Guiné-Bissau reunindo vários aspectos da luta contra a epidemia do HIV/AIDS relacionados com as dimensões das Políticas de Ajustamento Estrutural de modo a compreender a dinâmica dos ajustes e analisar o impacto das principais medidas das reformas neoliberais.

A metodologia que adotamos para elaboração deste trabalho se baseia na análise de conteúdo de documentos oficiais, documentos eletrônicos, na recolha de dados nos estudos efetuados sobre o assunto e consulta bibliográfica e obras desenvolvidas e publicadas sobre Ajustamento Estrutural na África Subsaariana e epidemia do HIV/AIDS. Entendemos que estes elementos são capazes de nos fornecer elementos de interesse relevante nas técnicas de recolha de dados em diversificadas fontes de informação. Procuramos integrar algumas

dimensões e grupos sociais como esferas de análise para compreender as relações dos objetos de estudo – epidemia do HIV/AIDS e Programa de Ajustamento Estrutural.

A recolha documental para este estudo de caso foi efetuada através do contato com as entidades governamentais e não governamentais residentes no país. Baseou-se na compilação e análise de dados estatísticos qualitativos e quantitativos existentes, principalmente nos estudos feitos por organizações da ONU em parceria com algumas instituições do Estado da Guiné-Bissau, como a UNICEF e a UNAIDS. O estudo baseou-se também em alguns documentos oficiais do governo guineense nomeadamente, Documento Estratégico Nacional da Redução da Pobreza (DENARP) e o Plano Estratégico Nacional de Luta contra VIH/SIDA (PEN).

Por fim, resumirá as informações, os resultados da pesquisa e a formulação das conclusões afirmando a relação adversa entre o neoliberalismo e o combate ao HIV/AIDS.

2 TEORIA DO DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E O LUGAR DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

2.1 Conceitos e características da teoria de modernização

Neste capítulo apresentaremos algumas abordagens referentes às várias interpretações sobre as idéias do desenvolvimento econômico baseado nos termos da teoria de modernização e, na seqüência, busca-se compreender o surgimento do neoliberalismo. Ainda, faremos uma crítica a essa teoria, sobretudo quanto à sua relação com desenvolvimento humano que visa a necessidade de incorporar questões sociais na agenda do desenvolvimento, especialmente nas nações subdesenvolvidas.

Após a Segunda Guerra Mundial, com o surgimento de novos Estados independentes nascidos da descolonização, o conceito de desenvolvimento ganhou força e deu início a procura por respostas sobre o desenvolvimento desses países. A busca por soluções para esses países surge no contexto em que os Estados Unidos se consolida como grande potência mundial e expande sua área de influência político-econômica pelo mundo. Neste momento, as interpretações em torno do conceito de desenvolvimento refletiam questões no campo geopolítico, reforçadas com a idéia da afirmação da identidade dos novos Estados – Estados africanos - e suas posições político-ideológicas no contexto da bipolaridade.

2.1.1 Teoria da Modernização

Santos (2005) observa que as idéias de desenvolvimento foram “uma adaptação da concepção de mudança social herdada do evolucionismo do século XIX e que foi transposta para explicar as diferenças existentes entre as sociedades do chamado Primeiro Mundo e do Terceiro Mundo” (2005, p.23). As dinâmicas do processo de descolonização dos países subdesenvolvidos deparavam-se com problemas de estruturação de seus territórios, conflitos étnicos, muitas vezes fomentados pela disputa por zonas de influência da Guerra Fria. Esses fatores destacavam a instabilidade de regiões inteiras comprometendo a integridade e a soberania desses novos Estados. Foi nesse contexto de bipolaridade que as idéias de modernização e desenvolvimento encontrou o momento ideal para se propagar.

Em seu discurso de posse, em 1949, o presidente Truman afirmou que a relação dos países do Norte com os do Sul deveria se estabelecer de forma que o Norte ajudasse o Sul a deixar sua condição de miséria e pobreza para uma condição de prosperidade por meio da disponibilidade de seus avanços científicos e progresso industrial. Essa ajuda se concretizaria

se os Estados subdesenvolvidos orientassem suas expectativas nos termos do modelo ocidental de sociedade capitalista, o que evitaria qualquer tendência que os conduzisse ao alinhamento com o sistema socialista. Se assim procedessem, teriam à disposição o conhecimento científico e tecnológico para se transformarem e se livrarem da pobreza que os assolava. Esse seria o caminho para se modernizarem. A partir desse discurso, Santos (2005) constata que o presidente deixou transparecer que a questão da inserção do Terceiro Mundo no sistema internacional está diretamente vinculada às condições de atraso econômico em que suas estruturas sociais estavam imersas. Os problemas do Terceiro Mundo passaram a ser vistos não somente como inerentes às estruturas sociais, mas também como atraso técnico nos métodos de produção.

De acordo com a teoria da modernização o processo de desenvolvimento se baseia na maximização das condições que permitem o crescimento econômico, como poupança aplicada no investimento, progresso tecnológico e pelo aumento da produtividade do trabalho. Admite-se, portanto, que para alcançar a modernização e desenvolvimento as sociedades devem seguir vários estágios, tornando o desenvolvimento planejado uma estratégia para os países subdesenvolvidos seguirem com vistas a alcançar o progresso, o que pressupõe etapas evolutivas. A teoria sustenta a importância das sociedades se abrirem às mudanças, eliminar aspectos tradicionais em detrimento do que é moderno. Por outro lado, pôs-se em questão a capacidade dos países subdesenvolvidos de gerarem aumentos de produtividade e condições para criar poupanças internas a fim de desencadear o processo de investimento, por isso defende a necessidade de ajuda e de investimento externo para apressar o desenvolvimento e sair do atraso. (SANTOS, 2005).

Rostow (1978) considera o processo de desenvolvimento um percurso pelo qual todas as sociedades tem que passar em um dado momento histórico para se enquadrarem nas cinco etapas de desenvolvimento econômico. As etapas do desenvolvimento econômico definidas por este autor tem início com a sociedade tradicional, as condições para o arranco, o arranco, a marcha para a maturidade e a era do consumo em massa. Rostow (1978) entende que essa é apenas uma forma arbitrária de analisar a história moderna, isto é, através da análise histórica de países que alcançaram etapas superiores do desenvolvimento. Assim, o autor identifica certas uniformidades no processo de modernização que lhe permite teorizar o processo evolutivo da história econômica moderna, embora reconheça que existem certas características particulares do desenvolvimento de cada sociedade. Em um dado momento um determinado país pode alcançar uma etapa do desenvolvimento mais rápido que outro país, já

que existem “certos fatores particulares da realidade que parecem ser constantes através da História do mundo moderno desde aproximadamente 1700” (ROSTOW, 1978, p. 14).

Lewis (1954) sublinha que as economias subdesenvolvidas são caracterizadas pela existência de um setor moderno e tradicional, sendo este último o mais amplo. O autor elabora um modelo dualista de desenvolvimento no qual o setor não capitalista da economia, localizado no campo, fornece recursos para a expansão do setor urbano capitalista através de quantidade maior de reserva de mão-de-obra, deslocadas para o setor produtivo da economia. A indústria e produção de matérias-primas estão relacionadas com a receita do setor agrícola, uma situação de queda de produtividade nesse setor pode reverter às expectativas de um crescimento da economia e deterioração do comércio internacional.

Na perspectiva de Lewis (1954) o processo de desenvolvimento se dá pelo contágio direto exercido pelas estruturas modernas sobre as estruturas tradicionais. A adoção de mecanismos do setor moderno (poupança, investimento, tecnologia e produtividade) nas economias subdesenvolvidas tem o efeito de alargamento de sua influência no setor tradicional, os grupos sociais ligados ao setor moderno conseguem maiores vantagens de rendimento que proporciona maior poder de compra. Para Lewis (1954) esse processo induz a continuidade na deslocação do setor tradicional para o moderno fazendo com que amplie este último. A capacidade de poupança para investimento, tecnologia e aumento de produtividade, modelo proposto às economias subdesenvolvidas foi posta em dúvida por Nurkse (1952) por considerar que a introdução de técnicas modernas nos mercados de subsistência depara-se com maiores dificuldades pelo simples fato desse mercado ser reduzido ou pela pouca capacidade de gerar rendimentos fazendo com que haja baixa taxa de poupança. Nessa lógica, a baixa produtividade provoca baixos rendimentos e é responsável pelo baixo nível de consumo inviabilizando qualquer tipo de investimento.

De um lado, Rostow (1954) verifica que a dificuldade que os países subdesenvolvidos enfrentam tem a ver com o seu baixo investimento produtivo, seria necessário, portanto, a provisão de ajuda financeira, tecnológica e assistência técnica. Por outro lado, Nurkse (1952) observa que a entrada de mecanismos modernos na economia subdesenvolvida teria que ser através de investimento estrangeiro na indústria e do envolvimento do Estado nessa dinâmica através da política de crédito e a promoção de investimento público. A modernização defende que essas estratégias forcem a transição acelerando o processo de alastramento e influência da estrutura moderna sobre o tradicional. Esse receituário é o caminho ideal e natural que todas as sociedades subdesenvolvidas deveriam adotar para alcançar o crescimento econômico.

2.1.2 Críticas estruturalistas à teoria de modernização

A Teoria de Modernização recebeu diversas críticas justamente por causa do seu pensamento economicista. No entanto, desde a década de 1960, ficou evidente que o desenvolvimento econômico não se dava por etapas ou um único caminho que bastaria ser trilhado para que os resultados pudessem ser alcançados.

A responsabilidade do passado colonial na formação da estrutura econômica na África resultou no que Amin (1976) chamou de distorção. Segundo o autor, a teoria econômica do desenvolvimento ocupou-se num primeiro momento com a “transição da economia de subsistência à economia monetária” (p. 168). É possível observar a distorção do desenvolvimento da África nas atividades de exportação dos produtos agrícolas e os produtos minérios. A exportação de produtos manufaturados permitiu o crescimento da lucratividade e das riquezas dos países industrializados por várias razões: a mão-de-obra era barata, o preço das terras e a matéria prima também era barata, o imposto cobrado era altíssimo. Isso proporcionou a expansão do capitalismo via colonialismo criando um mercado no qual a economia das colônias fornecedoras de produtos minerais e gêneros agrícolas beneficiaria exclusivamente às economias industrializadas, monopolizando assim a produtividade das indústrias nacionais em função do ocidente.

Esse caráter desigual torna difícil a superação da dependência dos países subdesenvolvidos permanecendo apenas como o centro especializado das atividades primário-exportadoras. O modo de produção colonial provocou o surgimento de trabalho forçado disfarçado de assalariado, na apropriação de terras por companhias comerciais estrangeiras dedicadas à exportação, a dissolução de cultivo coletivo nas aldeias e a desintegração dos camponeses de seus meios tradicionais criaram proletariados que tinham apenas a sua força de trabalho como mercadoria (AMIN, 1976).

No entanto, os argumentos de Amin (1976) mostram como a dinâmica da estrutura econômica colonial provocou desigualdades e impasses que condicionaram o subdesenvolvimento dos países pobres. Deste modo, a forma como as forças dos países desenvolvidos do Norte atuam diretamente sobre as economias dos países subdesenvolvidos, nos aspectos e meios pelos quais os países desenvolvidos afirmam seus interesses econômicos. Para que essa tendência se mantenha, os países desenvolvidos precisam de países pobres de economias abertas, para manter suas economias e seu nível de desenvolvimento (AMIN, 1976).

A estratégia evolucionista proposta pela teoria de modernização agravou de certa forma o problema do subdesenvolvimento pelos diferentes percursos histórico, político e pelo próprio interesse de desenvolver os países capitalistas do norte através da transferência das riquezas do sul para norte e em contrapartida, da disponibilidade de aparato tecnológico, fato esse que o Amin (1976) denomina de troca desigual. O autor considera também que os mecanismos propostos pela teoria de modernização não se adequam aos problemas que os países subdesenvolvidos se deparam. As relações das economias do centro e periferia são divergentes e o prejuízo será sempre para as economias periféricas. Essa relação gera dependência, que por sua vez reforça os mecanismos de transferência de valor das economias subdesenvolvidas beneficiando as economias do centro. Deste modo, Amin (1976) constata a impossibilidade de uma economia periférica evoluir para uma economia central e sublinha que a transição pode até ocorrer, mas permanece um capitalismo periférico, caracterizado pela extroversão, ou seja, a importância atribuída às atividades de exportação de acordo com os interesses dos países desenvolvidos. Esse processo somado à transferência de valor das economias periféricas compromete o desenvolvimento dessas economias.

2.2 O Neoliberalismo

2.2.1 Conceitos e Características

As ideias neoliberais se empenharam em responder tanto à teoria de modernização quanto à crítica estruturalista. Brohman (1995) argumenta que o neoliberalismo é retratado pela literatura de desenvolvimento como uma estratégia de desenvolvimento inovador para resolver as contradições de estruturas de desenvolvimento anteriormente dominante - a abordagem da modernização, e alguns modelos keynesianos. Porém, muitas das contradições da teoria da modernização parecem estar reaparecendo no quadro de desenvolvimento neoliberal. Essas contradições tornam o neoliberalismo suscetível a muitas críticas que a teoria da modernização enfrentou.

A análise de Brohman (1995) acerca da transformação da teoria de modernização para abordagem neoliberal, afirma que “o neoliberalismo está enraizado no que Hirschman (1981) chama de “monoeconomics” da teoria neoclássica ortodoxa, a noção de que há apenas um corpo de teoria econômica com conceitos universalmente aplicáveis, assim como existe apenas uma física ou química” (1981, p. 126). Segundo o autor, este argumento é produto do método dedutivo da ciência positivista, o comportamento dos indivíduos está determinado por um conjunto de regras racionais e universais. Para Brohman (1995), respostas universais não

podem ser aplicadas a problemas de desenvolvimento de determinados países ou regiões, por isso, soluções baseadas no mercado, nos moldes da tradição neoliberal, não logram êxito na maioria dos lugares.

A década de 80 assistiu a uma mudança na avaliação do papel do Estado na promoção do crescimento econômico. Adotou-se cada vez mais uma economia baseada no mercado aberto, defendendo que é um mecanismo eficaz para alocar recursos. Deste modo, a ação do Estado na economia passou a ser mínima em função do modelo neoliberal de recuperação da economia. Hirschman (1981) argumenta que a reação contra a intervenção estatal foi de tal forma profunda que o Estado era acusado de irresponsabilidade intelectual.

As opiniões de Bates (1988) com relação à África apontam a intervenção do Estado como um perigo para as dinâmicas econômicas nos países subdesenvolvidos. O autor argumentou que as políticas de Estado são projetadas e implementadas para privilegiar uma minoria urbana em detrimento do bem coletivo. As autoridades africanas usaram os poderosos instrumentos de controle econômico herdados do regime colonial para beneficiar a eles mesmos e a elite urbana à custa dos pequenos agricultores rurais. O seu poder de alocar subsídios à indústria promove privilégios a um grupo de indivíduos acabando com o incentivo aos pequenos produtores para que aumentassem sua produção agrícola. Para Bates (1988) esta postura do Estado de políticas exploratórias e dominação é que revela sua fraqueza insustentável. Os custos de manter um sistema baseado no clientelismo são onerosos. Ele afirma que os efeitos desse sistema são prejudiciais para a maioria da população. O argumento do autor situa-se no contexto dos processos sócio-políticos, históricos e estruturais que moldaram o desenvolvimento africano durante e após o período de domínio colonial. Sua teoria é baseada em um individualismo estreito que vê o Estado como agregação de distorções políticas contra alocação eficiente de recursos.

Nesse mesmo sentido, Lal (1983) descreve uma série de crenças a respeito do desenvolvimento econômico do Terceiro Mundo. Ele sustenta que o intervencionismo gera corrupção. De acordo com este autor, um mercado baseado em ordem econômica liberal pode resolver o velho problema estrutural de pobreza em massa já que suas bases institucionais possuem sistemas financeiros transparentes. Lal (1983) ataca a intervenção estatal, louva a política de liberalização interna e externa dos mercados do Terceiro Mundo - abertura comercial e financeira - como estratégia válida para esses países. Critica os argumentos das teorias desenvolvimentistas que defendem as ações do Estado, identifica que a corrente dessa área acredita no que ele chama de "Dogma Dirigista", na idéia de manipular a economia para

acelerar o desenvolvimento. Segundo Lal (1983), essa corrente defende a substituição do sistema de preços, ou seja, as políticas de substituição de importação.¹

Com o fim do bloco socialista, as idéias neoliberais encontraram um momento ideal para sustentar sua visão do mundo e a demonstração da ineficiência da intervenção do Estado na sociedade. O livre mercado instala-se legitimando os argumentos de que o capitalismo havia vencido o socialismo, o mercado passa a ser atribuída a competência para a promoção da prosperidade.

O que o mercado faz é constituir, nada mais nada menos, uma arena de interação que favorece a luta pela sobrevivência de atores maximizadores de interesses, operando, dessa maneira, como regulador das necessidades infinitas dos agentes em ambiente de recursos escassos. A luta pela realização dos interesses no mercado torna-se assim, sinônimo da luta para sobrevivência na arena da realidade natural (SANTOS, 2005, p. 58).

Nessa luta pela sobrevivência e apropriação de recursos, segundo o autor, a economia de mercado passa para uma sociedade de mercado. A proposta de implementar a democracia liberal nos países subdesenvolvidos como uma agência para o desenvolvimento, não foi por acaso. Tal concepção centra seus pressupostos na preservação das liberdades individuais relativas às atividades econômicas e à livre iniciativa na perspectiva do mercado. Suas atividades devem ser resguardadas, o Estado não deve intervir e nem limitar as suas atribuições. Nesse sentido, em nome da proteção das liberdades individuais, o Estado é limitado a intervir na economia reduzindo as atividades até então tidas como sua responsabilidade, educação, saúde e segurança. O intervencionismo estatal passa a ser interpretado como violação à livre iniciativa e aos direitos individuais de “lutarem para consecução de suas aspirações e a realização de seus interesses” (SANTOS, 2005, p. 61)

Para Iriarte (1995) o neoliberalismo constitui um autêntico incentivo aos impulsos egoístas e ambições pessoais e só assim é que se alcança o êxito econômico. As oportunidades de ganho (lucro) dão as pessoas disponibilidade para o trabalho e o impulso da economia está na ambição das pessoas. O mercado é o mecanismo ideal para regular a economia. O Estado benfeitor é tido como prejudicial à economia pelo seu aspecto geral de proteção. O neoliberalismo quer um Estado submisso às leis do mercado, um Estado despreocupado com

¹ Substituição de Importações entende-se pelo processo que leva ao aumento da produção interna de um país e a diminuição de suas importações. É um modelo de planejamento a favor da industrialização tardia. Foi implantado em alguns países na América Latina como Brasil, México e Argentina e na África, a África do Sul. A CEPAL defende esse processo, argumenta que as economias subdesenvolvidas tinham que adotar a política de substituição e importações. Isso permitiria acumulação de capitais internos que pode gerar o desenvolvimento auto-sustentável de longo prazo.

o bem-estar das populações, ou seja, anseia por uma redução das suas responsabilidades, servindo apenas de árbitro para observar as regras de jogo.

Nas políticas sociais, o reflexo neoliberal foi através de uma proposta centrada na eficiência que visa racionalizar recursos, baratear os custos, tornar mais simples a prestação de serviços e redefinir as camadas sociais.

A concepção social do pensamento neoliberal defende a redução das expectativas, a promoção de novos valores como a auto-limitação, disciplina, fidelidade, obediência, e uma “nova ordem” baseada no interesse individual, logo, o mercado, não a política, define nesse esquema a participação social. O núcleo central do homem é a sua capacidade de escolha, é no mercado que se estabelece a sua igualdade de oportunidade e as possibilidades de realização individual. De acordo com esses princípios nada deve intervir na homologação das desigualdades provocadas pelo mercado, porque isso afeta a liberdade individual. O princípio de uma harmonia natural entre os homens considera o mercado como um espaço racional e eficaz para a destinação dos recursos. Numa situação de competição, todos os homens são livres para concretizar suas aptidões com possibilidades iguais eliminando tudo que tenda à igualdade. (LAURELL, 1995).

2.3 Desenvolvimento Humano

2.3.1 Conceitos e Características

As abordagens críticas acerca do conceito economicista do desenvolvimento induziram a novo conceito - o desenvolvimento humano - que deu prioridade a participação, a satisfação das necessidades humanas e sua sustentabilidade. Mahbub ul Haq (2007) descreve que a idéia do desenvolvimento humano não é uma invenção recente, tendo em vista que o conceito emergiu dos líderes precursores do pensamento político econômico. Após inúmeras críticas e resultados insatisfatórios do neoliberalismo começaram a surgir abordagens de que aspectos sociais e o bem-estar humano precisam ser avaliados e promovidos. A abordagem das diferentes vertentes do desenvolvimento e a discussão sobre a sua dimensão social conduziu ao conceito de desenvolvimento humano e à sua operacionalização através do Índice de Desenvolvimento Humano. Em 1990 quando foi publicado o primeiro *Relatório de Desenvolvimento Humano*, como uma abordagem alternativa, a expressão tornou-se a pedra angular do Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento (BRASIL, 2007).

A abordagem do desenvolvimento humano articula a idéia de desenvolvimento como sendo a ampliação de escolhas humanas, isto é, uma expansão das liberdades e a realização dos direitos humanos. Essa ideia mudou a forma de pensar e avaliar o progresso. Monitorar déficits fiscais, taxas de inflação e balança de pagamentos são fatores importantes, porém, os números que interessam a abordagem do desenvolvimento humano são aqueles relacionados à condição e ao plano humano, como a saúde, os níveis de educação e todas as formas de proteção social. Deste modo, o desenvolvimento visa melhorar qualidade de vida de populações, promover avanços nos aspectos da dignidade humana. (BRASIL, 2007)

Amartya Sen (1999) aborda o conceito investindo na reflexão da expansão do horizonte social e cultural da vida das pessoas. Ele caracteriza o desenvolvimento como um processo de ampliação da capacidade dos indivíduos de terem opções e fazerem escolhas. Sen (1999) explica que os índices de desenvolvimento humano publicados anualmente revelam aspectos além da capacidade produtiva, ao requererem a melhoria da qualidade de vida em comum, a confiança das pessoas nos outros e no futuro da sociedade. Destacam ainda as possibilidades das pessoas levarem adiante iniciativas e inovações que lhes permitam concretizar seu potencial criativo e contribuir de forma efetiva para a vida coletiva.

O paradigma do desenvolvimento humano tem por princípio remover os obstáculos enfrentados pelas pessoas através de iniciativas e seus próprios esforços. O argumento é de que a ação humana pode incluir mudanças por meio de envolvimento e aperfeiçoamento de entidades sociais. Sen (2007) acredita que esses dois aspectos são de fato as idéias centrais que dão impulso ao foco do desenvolvimento humano. O entendimento dessa lógica nos remete à idéia de como as vidas humanas podem ser melhoradas com o fortalecimento da ação humana. O autor afirma ainda que as teorias econômicas de desenvolvimento não consideram a limitação das liberdades dos indivíduos pelos mecanismos do mercado, de direitos humanos e de escolha, de igualdade de gênero e da falta de capacidades humanas devido à pobreza, epidemias, fome, acidentes climáticos e mudanças de regimes, que também são aspectos que também limitam o desenvolvimento. Reforça dizendo que a importância das capacidades humanas são relevantes para alcançar o próprio bem-estar, superação da pobreza, influenciar mudanças sociais e inclusive influenciar a produção econômica além da garantia de educação saúde e distribuição de terras.

A abordagem do desenvolvimento humano entrou na literatura da economia do desenvolvimento como uma expansão das capacitações humanas, ampliação das escolhas, fortalecimento das liberdades e respeito aos direitos humanos. Seu foco concentra-se nas pessoas, na formulação de políticas públicas e nas prioridades de investimentos que

promovem o desenvolvimento humano. De forma semelhante, essa abordagem está preocupada com a liberdade do indivíduo, seu bem-estar e sua dignidade na sociedade. Esses aspectos são questões consideradas pertinentes na formulação de políticas públicas. (PARR; KUMAR, 2007)

Mahbub ul Haq (2007) foi o principal arquiteto e defensor do conceito de desenvolvimento humano desde 1990. Seu propósito era colocar o ser humano como principal foco das políticas de desenvolvimento nacional e global, num período em que questões do crescimento econômico dominavam as discussões e os programas de ajustes estruturais procuravam “equilibrar as economias às custas do desequilíbrio das vidas humanas” (PARR; KUMAR, 2007, p. 27) .

Nas últimas décadas, os Relatórios tem se preocupado em incorporar e desenvolver conceitos, instrumentos de mensuração e análises de políticas em um grande número de áreas articulando o paradigma de desenvolvimento humano, que tem tido grandes influências nos debates e sobre políticas de desenvolvimento (LOPES, 2005). Segundo PARR e KUMAR (2007), “hoje, o desenvolvimento humano não mais se encontra confinado ao Relatório de Desenvolvimento Humano. Conceitos a ele relacionados e novos instrumentos de medidas estão sendo elaborados em todo mundo [...] (PARR; KUMAR, 2007, p. 27)

Organizações não governamentais estão utilizando amplamente os relatórios para promoverem a defesa de questões humanas. Já os governos os utilizam com intuito de reavaliar políticas e as agências de ajuda humanitária com finalidade de traçar prioridades. Contudo, as instituições acadêmicas e a mídia utilizam para chamar atenção para pesquisa e para campanhas a favor de bem-estar humano respectivamente (PARR; KUMAR, 2007)

2.3.2 Objetivos e Estratégias

Existem similaridades entre o paradigma neoliberal e o do desenvolvimento humano no que tange aos objetivos e principais pontos de estratégia. Os dois paradigmas consideram a liberdade de escolha individual e o alargamento das escolhas como fatores importantes para o desenvolvimento. Todavia, para além dessas semelhanças existem grandes diferenças. O ponto de divergência dos objetivos e estratégias dos dois paradigmas fica evidente na tabela 1.

Quadro 1: Pontos de Divergência

Desenvolvimento Humano	Neoliberalismo
Objetivos: expansão de oportunidades e capacitações humana	Objetivos: maximização do bem-estar econômico
Foco: pessoas	Foco: mercado
Princípio orientador: equidade e justiça	Princípio orientador: eficiência econômica
Ênfase: fins	Ênfase: meios
Definição de pobreza: população em privação multidimensional	Definição de pobreza: população abaixo da linha de rendimento mínimo
Principais indicadores: IDH, ² IDG ³ e porcentagem do IPH ⁴	Principais indicadores: PNB, ⁵ crescimento do PNB e porcentagem de renda baixa da linha de pobreza.

Fonte: BRASIL, 2007.

De acordo com a tabela 1, vê-se que o objetivo principal do desenvolvimento humano é ampliação da autonomia humana por meio da expansão das oportunidades e capacitações humanas. O seu foco central são as pessoas e, por essa razão, constituem os fins em direção dos quais toda análise e política devem se direcionar. A equidade é o princípio condutor. Em oposto, o objetivo da abordagem neoliberal é a maximização do bem-estar econômico, tem como foco a dinâmica dos mercados, por isso dá mais importância aos meios do que os fins para alcançar o desenvolvimento. A eficiência constitui o seu princípio condutor.

Os indicadores utilizados pelas duas abordagens de desenvolvimento para avaliar metas e resultados, ressaltam ainda mais as diferenças entre os dois paradigmas. Os índices são multidimensionais na abordagem do desenvolvimento humano, o IDH é um índice composto, inclui o PIB per capita e os indicadores de saúde e educação. O índice que mede a pobreza humana, o IPH, reúne renda, saúde, e conhecimento, que compõe as três capacitações humanas centrais. O índice ajustado a gênero, o IDG, avalia questões de gênero nas capacitações humanas centrais, onde geralmente as mulheres apresentam níveis baixos do que os homens (JOLLY, 2007).

Na abordagem neoliberal, o crescimento do PNB é o principal indicador, uma vez que este mede a inflação juntamente com os indicadores de equilíbrio econômico, isto é, balança de pagamentos, superávit ou déficit dos gastos públicos. Segundo Jolly (2007) o neoliberalismo não mostra interesse acerca dos fins pelos quais esses indicadores econômicos indicam sendo que tais indicadores têm impacto nas condições de vida das pessoas .

² IDH (Índice de Desenvolvimento Humano)

³ IDG (Índice de Desenvolvimento ajustado a Gênero)

⁴ IPH (índice Pobreza Humana)

⁵ PNB (Produto Nacional Bruto)

2.3.3 Campos em Comum – por razões diferentes

Tanto o desenvolvimento humano quanto o neoliberalismo possuem campo em comum, porém por razões diferentes, ambos enfatizam os direitos humanos e um Estado democrático como sendo elemento chave da governança. O neoliberalismo propõe um Estado mínimo, e o desenvolvimento humano tende a enfatizar a importância de um núcleo amplo de funções estatais. Identifica também muitas áreas que se adequam à ação do Estado como no fortalecimento das capacidades humanas, na garantia de uma distribuição igualitária de oportunidades e renda, na criação de políticas que possibilitem o trabalho no mercado com equidade e eficiência, instituições locais fortes que garantam oportunidades de participação em atividades e serviços voltados para a população. A abordagem neoliberal não descarta esses aspectos, mas lhes dá apenas pouca importância priorizando a eficiência econômica. (JOLLY, 2007). Estes aspectos podem ser constatados na tabela 2.

Quadro 2: Campo comum – por razões diferentes

Desenvolvimento Humano	Neoliberalismo
<p>Filosofia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Liberdade de escolha, mas pelo desenvolvimento e fortalecimento das capacidades e funções humanas; - Ênfase nos direitos humanos; - Preocupação com equidade e justiça. 	<p>Filosofia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Liberdade de escolha, mas pelo incremento das utilidades e satisfação de preferências; - Ênfase principal nos direitos civis e políticos.
<p>Educação, saúde e nutrição</p> <ul style="list-style-type: none"> - Importantes por elas mesmas; - Como meios de empoderamento; - Como direitos humanos; 	<p>Educação, saúde e nutrição</p> <ul style="list-style-type: none"> - Importante como investimento em capital humano
<p>Governança</p> <ul style="list-style-type: none"> - Democracia inclusiva; - Importantes funções do Estado; - Foco nos direitos humanos; 	<p>Governança</p> <ul style="list-style-type: none"> - Democracia; - Estado mínimo; - Foco nos direitos políticos.
<p>Fim das Discriminações</p> <ul style="list-style-type: none"> - Um direito humano; - Visando à justiça 	<p>Fim das Discriminações</p> <ul style="list-style-type: none"> - Um direito humano - Visando à eficiência;

Fonte: BRASIL, 2007.

No que se refere às questões como a discriminação, a educação e saúde, o desenvolvimento humano reconhece esses aspectos como direitos humanos. Para o neoliberalismo esses pontos também são considerados direitos humanos, porém como investimentos que proporcionam retornos econômicos. Nessa direção, o desenvolvimento humano promove uma perspectiva no sentido de pôr fim à discriminação e apoiar medidas positivas em favor das minorias. Enquanto os dois paradigmas reconhecem a importância da educação feminina, o desenvolvimento humano olha para o viés de expansão do conhecimento como importantes fins em si mesmos e meios para empoderamento das mulheres e fortalecimento do seu papel no desenvolvimento. Já o neoliberalismo, por sua vez, baseia-se na abordagem utilitária para o bem-estar apoiando-se nos princípios de preferência individual visando a eficiência.

2.3.4 Pontos Discordantes

Jolly (2007) entende que comparar as vantagens e desvantagens dos dois paradigmas não é uma tarefa fácil. O autor admite que a abordagem neoliberal possui aspectos positivos, com bases teóricas sólidas que são importantes para um extenso campo de temas econômicos e financeiros com conclusões empíricas consideráveis. A teoria do desenvolvimento humano está voltada a explorar assuntos que geralmente são negligenciados pelo paradigma neoliberal. Estes assuntos incluem fatores não econômicos que não podem ser entendidos dentro da lógica de mercado que sustenta os pressupostos neoliberais. Dentre esses fatores destacam-se a distribuição de renda, as desigualdades de gênero e as preocupações humanas e com a socialização das crianças. Para Jolly (2007) esses aspectos são importantes para o reconhecimento dos valores humanos e o fortalecimento das capacitações humanas. Estes pontos não se vinculam ao ponto de vista neoliberal, que insiste, todavia, na “maximização de retornos e garantias de eficiência no mercado” (JOLLY, 2007, p. 179). O autor nos mostra que o paradigma de desenvolvimento humano é multidisciplinar e pragmático dá importância aos fins e a abordagens descentralizadas, enquanto o paradigma neoliberal se pauta pelo dogmatismo e enfatiza apenas os meios para alcançar o desenvolvimento. O contraste das duas abordagens é sintetizado na tabela 3.

Quadro 3: Paradigmas comparados

Desenvolvimento Humano	Neoliberalismo
. Multidisciplinar	. Econômico
. Pragmático	. Dogmático
. Ênfase em abordagens descentralizadas	. Equilíbrio geral
. Ênfase nos fins	. Ênfase nos meios

Fonte: BRASIL, 2007.

Jolly (2007) ressalta que a multidisciplinaridade do paradigma de desenvolvimento humano leva a análises superficiais, baseadas em dados poucos sólidos. Ele ainda admite que muitos intelectuais descartam os aspectos alternativos da abordagem do desenvolvimento humano e o consideram como idealismo irreal. De acordo com Mahbub ul Haq (2007) o *Relatório de Desenvolvimento Humano* argumenta que “as idéias são os primeiros motores da História. As revoluções começam usualmente com as idéias”. Mahbub ul Haq (2007) considera os argumentos do desenvolvimento humano como visões alternativas para futuros avanços humanos.

Contudo, a globalização neoliberal também criou oportunidades para o crescimento econômico e desenvolvimento, mas não há dúvida de que a propagação de seus benefícios e impactos negativos tem sido bastante desigual entre os diferentes países, sobretudo nos países pobres. A desigualdade global não se restringe apenas às diferenças de renda per capita, mas também pelo agravamento das disparidades nos indicadores-chave de desenvolvimento, tais como expectativa de vida, mortalidade infantil, saúde pública, educação, entre outros. Os países subdesenvolvidos têm sido em geral os mais afetados pelos impactos sociais e econômicos da globalização neoliberal. No decorrer da década de 80 já era possível verificar grandes disparidades de crescimento econômico nos países endividados que reestruturaram suas economias implementando os programas de ajuste estrutural. Estes ajustes constituíram um poderoso instrumento de coesão no sentido da recomposição das camadas de sociedade. Os Estados nacionais tiveram, portanto, que comprimir seus orçamentos e induzir o esforço da economia de exportação pela força de trabalho barata.

3 PAE E O SISTEMA DE SAÚDE NA ÁFRICA

3.1 Consenso de Washington

Em resposta à crise econômica dos anos 70, foi criado um projeto político-econômico pautado na lógica do mercado. Ao longo da mesma década foram implementadas políticas de ajuste estrutural que teve seus efeitos nos aspectos da vida política, social e econômica dos países em desenvolvimento e em transição. Os efeitos foram, sobretudo nos aspectos sociais que de forma significativa foram submetidos às forças do mercado. O foco deste capítulo é contextualizar e compreender a dinâmica das políticas neoliberais do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional sobre os sistemas de saúde dos governos africanos que adotaram tais políticas e em seguida enfrentaram dificuldades orçamentais que afetaram vários setores e seguimentos das sociedades africanas, o setor da saúde em particular e especificamente às políticas de combate à epidemia do HIV/AIDS.

Após as evidências dos efeitos negativos dos programas de ajuste estruturais constatados a partir de estudos feitos pelas agências da ONU - Organização das Nações Unidas como o PNUD - Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento, a OMS – Organização Mundial da Saúde e organizações da sociedade civil verificou-se que os objetivos dos programas do Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional não foram atingidos na maioria dos países da região Subsaariana. Nessa ótica, apresentaremos as visões alternativas das agências da ONU e da sociedade civil no enfrentamento dos problemas sociais principalmente no combate ao HIV/AIDS.

As teorias dos monetaristas Milton Friedman nos Estados Unidos e Friedrich August Von Hayek da Grã Bretanha começaram a ganhar forças nos governos de Margaret Thatcher em 1979 e Ronald Reagan em 1980 que promoveram intensamente o modelo de Estado neoliberal. Segundo José Comblin (2001) “a ideologia neoliberal tornou-se doutrina oficial da principal potência financeiras do mundo e da primeira de todas elas. Os Estados Unidos colocaram toda a força da sua superioridade material e cultural a serviço do neoliberalismo” (COMBLIN, 2001, p. 11-12)

Os Estados Unidos convenceu e conquistou aliados europeus e promoveu o neoliberalismo pelo mundo. Os economistas neoliberais passaram a ser vistos como oráculos inspirados, dotados de poder que emana da potência hegemônica. A nova política econômica impôs então “la pensée unique” - o pensamento único. Quem não se submetia ao pensamento

comum ficaria excluído de todos os lugares importantes na sociedade. Não podia falar ou, se falar, não será escutado (COMBLIN, 2001).

A crise da dívida externa dos países pobres foi o momento perfeito para que as instituições financeiras internacionais condicionassem novos empréstimos à política econômica neoliberal (COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE, 2005). Assim, em 1989 o Consenso de Washington define um pacote de medidas propostas pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional - instituições oriundas da Conferência de Bretton Woods. A partir deste período impera a ideologia econômica neoliberal nos quatro cantos do mundo e torna a base do pensamento único no mundo ocidental.

De acordo com Williamson (1990) o neoliberalismo se baseia nas seguintes medidas políticas:

- a) *disciplina fiscal*: redução das despesas públicas do Estado para obter equilíbrio orçamental. Déficits orçamentais excessivos provocam inflação e crise na balança de pagamentos;
- b) *reestruturação das despesas públicas*: redução dos níveis de despesas sociais;
- c) *reforma fiscal*: redução das taxas de impostos e abertura das economias ao comércio e investimento estrangeiro;
- d) *taxas de câmbio competitivas*: desvalorização da moeda com objetivo de garantir competitividade do preço das exportações;
- e) *liberalização comercial*: liberalização das importações, eliminar impostos considerados barreiras para investimento estrangeiro;
- f) *liberalização dos fluxos de investimento direto estrangeiro*: repatriação de lucros por empresas transnacionais;
- g) *privatização*: transferir os negócios administrados pelo Estado para setor privado (mercado);
- h) *desregulamentação*: eliminar regras (acredita-se que os acordos coletivos levam à rigidez do mercado de trabalho e devem ser abolidos) ou flexibilizá-las para que não possam impedir a expansão do comércio da iniciativa privada e livre concorrência;
- i) *proteção dos direitos de propriedade*: reforçar os direitos de propriedade a favor do setor privado (para que o setor informal não se aproprie);
- j) *liberalização das taxas de juros*: taxas de juros determinadas pelo mercado.

Alguns críticos (STEWART, 1995; BASU, 1995; BANGURA, 1992) deste receituário neoliberal argumentam que houve um retrocesso social e econômico drástico nas condições

de vida das populações, principalmente nas do Terceiro Mundo. Para Laurell (1995) os efeitos da política neoliberal revelaram-se no empobrecimento geral da classe trabalhadora e fizeram surgir novos grupos sociais à condição de pobreza. A redução dos gastos sociais restringiu a disponibilidade dos serviços sociais públicos, contribuindo para agravar as condições de vida da maioria da população nos amplos setores das camadas médias.

3.2 A comercialização dos serviços de saúde na África Subsaariana

A ideologia neoliberal na virada do século baseou a sua política social na transformação das relações Estado-sociedade. Esta ideologia minimizou a responsabilidade do Estado de garantir os direitos sociais (saúde, educação, emprego e seguridade social), para diversos grupos da sociedade acabando com o estado de bem-estar social. Aspectos como a atenção à saúde perderam força com o consenso político e econômico em relação ao neoliberalismo, que se fez dominante a partir dos anos 80, com seu foco na privatização, na desregulação, na redução do tamanho do Estado nas questões econômicas e na liberalização dos mercados.

A maioria dos países africanos da região Subsaariana herdaram os sistemas de saúde dos países colonizadores. Os estabelecimentos estavam equipados para servir e prestar cuidados pessoais às elites colonizadoras principalmente nas áreas urbanas. Não se tinha a preocupação em implementar um modelo de saúde pública amplo nem tampouco favorecer serviços de saúde para as populações de áreas rurais. Na época colonial, a grande preocupação dos europeus era o controle das doenças consideradas endêmicas.⁶ No caso dos franceses o esforço era na luta contra os vetores geradores dessas doenças, e portanto, criaram programas de erradicação. A preocupação dos britânicos era mais com o controle da contaminação fecal da água e dos alimentos. Naquela época os complexos hospitalares foram construídos principalmente para assistir os administradores coloniais. Os pequenos centros sanitários localizadas nas zonas rurais eram de atividades missionárias (BANCO MUNDIAL, 1994; COMISSÃO DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE, 2005).

Após a independência, a partir das décadas de 50, 60 e 70, os países africanos adaptaram e desenvolveram os seus próprios sistemas nacionais de saúde. Foram adotadas estratégias de expansão de serviços de saúde reconhecendo a necessidade das populações

⁶ Doenças Endêmicas são as que ocorrem em determinada região e é de difícil erradicação porque geralmente são causadas por vetores e o homem é portador. Para erradicar seria preciso acabar com os vetores. Portanto, doenças endêmicas são aquelas que ocorrem em determinada região e com uma certa frequência porque para eliminá-las é preciso antes que se elimine os vetores.

rurais mais carentes. Porém, os recursos do Estado e os oriundos das ajudas internacionais eram alocados na assistência médica prestada em áreas urbanas. Alguns anos depois da independência dos países africanos a Organização Mundial de Saúde (1988) começou a observar um progresso no acesso das populações rurais aos cuidados de saúde em alguns desses países. As estatísticas apontam 85% em Botsuana, 73% na Tanzânia e 70% na República Democrática do Congo. Os que haviam conquistado a independência recentemente e com as economias andando em passos lentos destinavam mais da metade do orçamento nacional para a saúde e na manutenção dos equipamentos hospitalares de tecnologia moderna cujos serviços eram para atender as necessidades da elite colonial na época.

A queda do socialismo soviético em 1989 intensificou a pressão e influência dos Estados Unidos sobre a Organização Mundial da Saúde contra o modelo social da saúde – saúde gratuita para todos. A partir dos anos 80, o continente testemunhou à crescente influência do Banco Mundial no que diz respeito às políticas de saúde global. Nessa conjuntura a convicção de que os mercados livres são os melhores e mais eficientes agentes de alocação de recursos na produção e na distribuição destes, e são também os mecanismos mais apropriados na promoção de bem comum inclusive a saúde (COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE, 2005.).

Stewart (1995) observa a situação do setor da saúde durante os anos que as políticas do Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional foram implementadas, e verifica que entrem 1985 e 1987, quando a maioria dos países já haviam implementado os programas de ajustes estruturais, 13 países tinham menos de 50% de cobertura no acesso aos serviços de saúde. A autora considera que houve algumas melhorias no acesso, porém as evidências dos relatórios anuais do Fundo das Nações Unidas para Infância durante a década de 1980 demonstraram que o acesso aos serviços de saúde observou queda em quatro países. A utilização dos serviços de saúde foi afetada pela combinação do efeito de redução de recursos, redução da renda e o aumento dos encargos.

No Zaire verificou-se efeitos negativos do aumento dos encargos, as porcentagens de consulta pré-natal caíram de 95% para 84%. No Gana, observou-se grande aumento nas taxas dos serviços de saúde em 1985. No Zimbábue o atendimento nas clínicas caiu por um quarto, e cresceu o número de nascimentos domiciliares e a taxa de mortalidade desses nascimentos pelos aumento dos encargos da saúde às populações. No Costa de Marfim, as consultas médicas caíram drasticamente entre os mais pobres e nos grupos da classe média nos anos de 1985 e 1988. As consultas em geral tiveram a maior queda na população rural (STEWART, 1995, p. 162).

Baseando-se nessa evidência Stewart (1995) constata que os ajustes estruturais fizeram aumentar a pobreza em muitos países africanos da região Subsaariana, causou um declínio nas despesas públicas e no investimento per capita. Seu efeito negativo incidiu de forma geral no bem-estar das populações, sobretudo os mais pobres. Os países que tiveram piores cortes de despesas públicas na década de 1980 são Tanzânia com aproximadamente 50%, Zâmbia com 60% e Serra Leoa com 70%. Até meados de 1987, o Banco Mundial e o FMI ainda não tinham dado a devida atenção às questões da pobreza.

Arellano (1995) afirma que a transferência da política social estatal para a do modelo neoliberal redefiniu as características dos sistemas de proteção social. Esta redefinição fortaleceu as formas autoritárias de prestação de serviços e contribuiu na exclusão e iniquidade de grupos sociais menos abastados. A política de saúde - pertencente ao setor particular da política social - deparou com cortes orçamentais destinados à saúde, privatização de serviços médicos, o repasse dos custos aos usuários e o fomento da automedicação. Todos estes aspectos da política sanitária neoliberal que conduziu à deterioração dos serviços públicos de assistência médica comprometeram programas do Estado de controle de epidemias, reduziu a eficácia das medidas epidemiológicas e induziu a regressão do setor da saúde.

Estabelecendo uma relação comparativa com as políticas neoliberais no âmbito da saúde, Arellano (1995) argumenta que os principais objetivos de programas estatais para saúde deveriam se basear fundamentalmente em: ampliar a cobertura de serviços da saúde, priorizando as populações rurais e urbanas mais carentes; elevar a qualidade dos serviços de saúde, atendendo principalmente os problemas prioritários e com especial ênfase nas ações preventivas e propiciar proteção a todos. Porém, o impacto causado pela diminuição do financiamento aos distintos sistemas do setor de saúde, ao invés de favorecer a homogeneização na qualidade dos serviços, aprofundou a desigualdade da assistência recebida pela população.

A rigidez dos processos administrativos baseados nos pressupostos neoliberais é um dos fatores que impede a gestão e aplicação dos recursos em equipamentos e materiais. A falta de recursos financeiros suficientes impede também a mobilidade do pessoal operacional da saúde. Arellano (1995) argumenta que, como parte da reorganização do setor da saúde, é necessário aproveitar ao máximo os recursos e obter maior rendimento do ponto de vista custo-benefício. Num contexto de limitações financeiras, propõe-se a “horizontalização” dos programas verticais de controle de doenças. Os problemas que a horizontalização dos programas de controle de doenças depara é, de fato, o desmantelamento, que por sua vez “reduz a eficácia das medidas epidemiológicas pontuais e potencializa a deterioração da

saúde” (ARELLANO, 1955, p. 213). Neste sentido, a regressão sanitária explica o aumento na incidência das doenças que posteriormente viraram epidemias além do aumento dos índices de mortalidade por desnutrição e do aprofundamento das condições diferenciais de saúde entre grupos e regiões.

O Banco Mundial (1994) argumenta que a deterioração dos resultados macroeconômicos e setoriais que se verificaram em alguns países da África Subsaariana desde meados dos anos 70 e que atingiram proporções de crise nos anos 80, já se encontravam numa situação caracterizada por um rendimento real baixo e em declínio, por essa razão, os efeitos negativos não deveriam ser atribuídos aos programas de ajuste estrutural. Ainda ressalta que países como Burkina Faso, Guiné Equatorial, Serra Leoa e Sudão iniciaram o processo de ajustamento com apoio financeiro do Banco e do Fundo Monetário Internacional, mas não agiram devidamente no processo de ajustamento, abandonaram os seus esforços para o ajustamento após terem recebido um ou dois empréstimos, então o processo não foi levado até o fim. Por isso, julgam que as bases empíricas, os dados e estudos disponíveis não são suficientes para alegar que as políticas de ajustamento tiveram múltiplos efeitos negativos sobre a saúde (BANCO MUNDIAL, 1994, p. 173).

As evidências do relatório da Rede Internacional da Sociedade Civil para Revisão dos Programas de Ajustamento Estrutural (SAPRIN)⁷ denominado “*As Raízes Políticas da Crise Econômica e da Pobreza*”, revela o contrário. Em 1995 o Banco Mundial aceitou o desafio para avaliar o seu desempenho na implementação dos ajustes estruturais, com o compromisso de aceitar as conclusões do trabalho do órgão citado acima, para eventualmente proceder de outra forma. A metodologia do estudo foi preparada conjuntamente com o Banco Mundial, os resultados do trabalho foram submetidos a especialistas e discutido com representantes de diversas sociedades locais onde os estudos haviam incidido. Nada foi deixado ao acaso, a organização que conduziu os estudos tiveram tempo suficiente para que o projeto não chegasse a conclusões precipitadas nem tão pouco a resultados discutíveis. O orçamento alocado era considerável, permitindo a mobilidade e ampliação dos meios científicos necessários e a organização das inúmeras consultas. Na medida em que os resultados do estudo revelavam evidências negativas o Banco tentava criar empecilhos para que o projeto não fosse concluído (STRUCTURAL ADJUSTMENT PARTICIPATORY REVIEW INTERNATIONAL NETWORK, 2002).

⁷ Sigla em ingles - SAPRIN (Structural Adjustment Participatory Review International Network)

Em 2002 em Bruxelas, numa apresentação a Structural Adjustment Participatory Review International Network tornou público os resultados dos estudos, o então presidente do Banco na época James Wolversohn, não compareceu. Segundo o relatório um pequeno número de informações resultante das análises foi incluído nos relatórios dos países estudados. Os estudos constataram que os países apresentaram dificuldades para se ajustarem aos objetivos dos Programas de Ajustamento Estrutural, evidenciou-se que as políticas do Banco contribuíram apenas para fragilizar a capacidade produtiva dos países que aplicaram as políticas, aumentou sua incapacidade de gerar empregos, afetou grupos sociais mais vulneráveis, aumentou as desigualdades sociais, agravou a pobreza pela privatização dos serviços de utilidade pública e problemas de natureza macroeconômica. Portanto, a partir das evidências do relatório da Structural Adjustment Participatory Review International Network constatou-se que as reformas estruturais no setor da saúde não se preocuparam em adaptar as políticas aos contextos, presumiu-se que seriam válidos em qualquer lugar e, o que se verificou é que as reformas não resolveram esses problemas, em alguns casos, pioraram a situação.

A agenda das reformas no setor da saúde incluía:

Aumentar a presença do setor privado no setor de saúde, através da terceirização de serviços e do aumento de opções privadas de financiamento e de prestação de serviços de saúde; Descentralização (frequentemente sem mecanismos de regulação ou de gerenciamento nos níveis subnacionais ao qual a responsabilidade foi transferida); Ênfase na eficiência (diminuição dos recursos humanos e financeiros) (COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE, 2005, p. 23).

As reformas nos sistemas de saúde mostraram evidências de efeitos negativos. A capacidade dos governos em matéria de gerenciamento da saúde em muitos países na região Subsaariana foi comprometido pelas reformas. Em Uganda, como em muitos outros países da África Subsaariana, os principais beneficiários dos serviços de utilidade pública privatizada inclusive a saúde são os estrangeiros residentes no país, enquanto a população local não consegue ter acesso devido aos preços cobrados para usufruir desses serviços (STRUCTURAL ADJUSTMENT PARTICIPATORY REVIEW INTERNATIONAL NETWORK, 2002). A reforma afetou o fornecimento de serviços básicos através de um programa de comercialização estabelecida pelo Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial como parte das condições com o objetivo de vender serviços sociais à “tarifas economicamente rentáveis”. Alguns serviços sociais passaram a ser vendidos a preços comerciais para aqueles que podiam pagá-los. Os setores de educação e saúde foram

abrangidos pela aplicação de métodos de gestão comercial⁸. A política de “cash and carry”⁹ (pagas e é servido ou pagas e levadas) aumentaram as taxas dos serviços nos hospitais, centros e postos de saúde (ANANGWE, 2008).

As políticas de ajustamento estrutural do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional defendem que a dinâmica dos mercados trazia melhorias para a saúde, reduzia as iniquidades. A Comissão sobre os Determinantes Sociais de Saúde - órgão vinculado a Organização Mundial de Saúde (OMS), observa que esses objetivos não foram alcançados, todo processo resultou em efeito contrário: verificou-se maior iniquidade, menor eficiência e mais insatisfação sem melhora na qualidade da atenção a saúde (COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE, 2005, p. 23).

A Comissão ainda enfatiza que na África, sobretudo na região Subsaariana e na Ásia, determinados processos de reformas na saúde depararam com obstáculos diferentes. De maneira geral levaram a resultados insatisfatórios. Por exemplo, em Gana, na Índia, no Sri Lanka e no Zimbábue constatou-se que os pacotes de reforma foram formulados inadequadamente para o contexto de países em desenvolvimento. As reformas estavam bastante desligadas da realidade dos sistemas de saúde dos países e do ambiente sócio-político. Os resultados que estavam associados à dinâmica do mercado e vinculados à eficiência das propostas de reformas sanitárias não aconteceram nesses países, pois, eles careciam de um sistema administrativo forte devido aos apertos orçamentais (COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE, 2005, p. 23).

Áreas muito importantes para os determinantes de saúde que são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham foram atingidas pelo corte dos gastos públicos. Algumas áreas incluem: educação, fornecimento de água, sistema sanitário, transporte, habitação e muitas outras formas de proteção social, sem contar com o gasto direto na saúde. Além da redução e corte no orçamento público, outros auxílios que estavam sendo prestados foram cortados. Exemplo disso são os subsídios para a produção de alimentos que foram cortados em muitos países.

Nos vários países de renda baixa onde os programas de ajuste estrutural foram implementados, especificamente nos países africanos, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS observa que:

⁸ Modelo de Gestão comercial é uma das tradicionais áreas funcionais da gestão, encontrada em qualquer organização e à qual cabem a execução de tarefas de âmbito comercial e de marketing.

⁹ *cash and carry* é uma operação de arbitragem que se torna possível quando a taxa de juro de um financiamento é superior à taxa implícita num contrato a prazo para o mesmo período de tempo do financiamento.

[...] registraram um aumento baixo ou mesmo nulo na taxa de crescimento dos seus PIBs ou em qualquer outro indicador econômico após os ajustes. Assim, os problemas que seriam gerados somente no curto prazo, tal qual foi previsto pelas instituições financeiras internacionais, foram muito piores e os ganhos no longo prazo também não se concretizaram em muitos casos (COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE, 2005, p. 24).

Stewart (1995) demonstra que há exceções. De 1980 a 1986 alguns países tiveram crescimento significativo nas despesas públicas, com em Gana, Nigéria, Botsuana, Mali e Zimbábue. A autora analisa que as experiências de Gana e Mali são casos excepcionais a partir de uma perspectiva meso-política. Os dois países conseguiram combinar os déficits orçamentários com o aumento das despesas públicas através de um forte desempenho no aumento das receitas, apesar da renda per capita em queda. As melhorias no crescimento em Gana foram ao início dos anos 80, a arrecadação tributária cresceu seguindo os fluxos dos fundos internacionais, as reformas fiscais e melhorias nas condições econômicas fizeram aumentar as receitas de cacau. Porém, a Comissão da Organização Mundial da Saúde constata que o Estado mínimo, a desregulamentação dos mercados e várias outras medidas neoliberais não conseguiram criar condições propícias para as ações destinadas à melhorias no setor social. As condições foram convenientes apenas para o lucro das instituições multilaterais, agências de empréstimos e para os investidores do Norte.

3.3 O Desemprego

Entre os anos de 1980 e 1985, o emprego no setor informal urbano aumentou 6,7% ao ano. No setor público a taxa de crescimento do emprego teve uma queda bastante acentuada década de 80. O desemprego cresceu nas áreas urbanas de 2,8 milhões para 4,5 milhões de desempregados durante a década de 1980. A crescente proporção de emprego informal junto com o declínio dos salários reais no setor formal acarretou em um crescimento intenso da pobreza nas áreas urbanas. Houve, por exemplo, evidências de aumento da pobreza urbana na década de 80 na Zâmbia, Tanzânia, Gana, Senegal, Costa de Marfim, Nigéria e no Zimbábue a partir de estudos de casos individuais (STWEART; BASU, 1995).

O baixo crescimento da economia aumentou a taxa de desemprego e ao mesmo tempo induziu à economia informal com produtividade e rentabilidade baixa. Os Programas de Ajuste Estrutural resultado do modelo econômico neoliberal acentuaram a precariedade das condições de vida e de trabalho nas populações dos países que adotaram as medidas. As

reformas estruturais exigiam cortes drásticos na folha de pagamento do setor público. A dispensa de trabalhadores deixou um número imenso de desempregados, sem segurança e com poucas chances de encontrar empregos formais no setor privado. Os efeitos foram negativos na saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. A desestabilização social e a insegurança que resultaram do processo de ajuste contribuíram para o aumento da fome, a propagação de conflitos armados e a rápida disseminação do vírus do HIV/AIDS atingindo, sobretudo os pobres, as mulheres e outros grupos socialmente excluídos e vulneráveis em alguns países da África austral (IRIARTE, 1995).

Apesar do Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial terem promovido a adoção da ideologia neoliberal pelo mundo, argumentando que isso beneficiaria o desenvolvimento de um país ao trazer maior eficiência econômica, as experiências africanas mostram uma realidade diferente. Na Zâmbia, a privatização resultou na perda direta de 61.000 empregos. Algumas das empresas estatais foram fechadas e os seus bens foram vendidos. O caso da Companhia Unida de Autocarros e das Linhas Aéreas da Zâmbia são exemplos claros que ilustram os resultados dos processos de privatização. Algumas empresas do governo começaram a reduzir o número de trabalhadores. O processo aconteceu através de reestruturação interna, redimensionamento e passando serviços para fornecedores externos à empresa. Outras empresas estatais que foram privatizadas faliram rapidamente, tal como aconteceu com a Empresa de Medicamentos (General Pharmaceuticals), a Agência de Viagens Eagle, a Fábrica de Vidro Kapiri e a mineradora de cobre RAMCOZ (REDE AFRICANA DE PESQUISAS TRABALHISTAS, 2003).

O processo de privatização provocou mudanças nas condições de emprego. Os empregos formais e permanentes foram substituídos por contratos temporários, sem garantias de emprego e subsídios. A privatização reduziu drasticamente o papel dos governos nas suas economias e várias empresas estatais perderam o monopólio sobre as suas empresas. Os trabalhadores foram confrontados com mudanças nas condições de trabalho. As leis trabalhistas foram flexibilizadas, o processo de atribuição dos benefícios passou a basear-se numa prática comum internacional pela qual os governos decidiam as modalidades de transferência e os trabalhadores foram desprovidos de mecanismos ou ações para influenciarem decisões dentro de empresas ou instituições privatizadas (STWEART; BASU, 1995).

No caso do setor da saúde, a Organização Mundial da Saúde (2006) sublinha que os trabalhadores de saúde no mundo inteiro estão sendo submetidos cada vez mais a estresse e insegurança na medida em que se deparam com um conjunto complexo de forças, como

migração internacional em busca de oportunidade e segurança no emprego em mercados de trabalho de saúde dinâmicos. África continua sendo o continente com maior deficiência de trabalhadores de saúde, como médicos, enfermeiros e parteiras. Muitos trabalhadores enfrentam ambientes de trabalho desencorajadores, baixos salários, ausência de apoio do Estado, falta de reconhecimento social e fraco desenvolvimento de carreira. As reformas neoliberais na saúde limitaram a oferta de emprego na esfera pública e este fator acelerou a migração para países desenvolvidos.

Há uma rotura na força de trabalho em muitos países da região Subsaariana na área de saúde. Essa insuficiência segundo a Organização Mundial da Saúde (2006) existe por causa do grande número de profissionais de saúde desempregados. A pobreza, a falta de recursos públicos, as exigências do setor privado e entraves burocráticos produzem esse paradoxo de carências em relação ao talento subutilizado. Além disso, o Relatório da Organização Mundial da Saúde ainda assinala que os sistemas de saúde nessa região deparam com graves combinações inadequadas de habilidades e lacunas nas coberturas dos serviços. No caso do tratamento do HIV/AIDS, que requer alta demanda de cuidados, o paciente deveria ser acompanhado por médico infectologista e vários outros profissionais de saúde com perfis adequados combinando as habilidades, aponta o Relatório.

Trabalhadores de saúde motivados e apoiados é essencial para superar os empecilhos no alcance de objetivos nacionais e globais de saúde. Estes profissionais são pessoas centrais e fundamentais de um sistema de saúde, eles curam e cuidam de pessoas, aliviam dores e sofrimento, previnem doenças, é o vínculo humano que conecta o conhecimento e à ação de saúde. Representam, portanto, a força de trabalho de um sistema de saúde que é ponto central para a promoção da saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2006) os profissionais de saúde constituem cerca de dois terços da força de trabalho global na área de saúde, enquanto o terço restante é composto por gestores em saúde e trabalhadores de apoio. Não são apenas indivíduos, pois fazem parte de equipes funcionais de saúde, nas quais cada integrante contribui com habilidades diferentes e desempenha funções diferentes.

No entanto, devido ao desemprego, o êxodo de profissionais capacitados em meio a tantas necessidades de saúde coloca a África no epicentro da crise global da força de trabalho na área de saúde. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2006) esta crise tende a profundar ao longo de muitos anos. Com os avanços tecnológicos e oportunidades de emprego no exterior, a procura por estes profissionais irá aumentar, sobretudo, nos países ricos. Estes países enfrentam um futuro de baixa fertilidade e de grandes populações idosas, o que causará a demanda da força de trabalho da população jovem. Esta demanda exercerá uma pressão

maior no fluxo de trabalhadores tanto de saúde como de outras áreas científicas vindos de regiões mais pobres.

3.4 As evidências do Banco Mundial e as Críticas do Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento

Existem casos que o Banco Mundial considera ter demonstrado resultados positivos em relação aos ajustes na África. No Burundi, as políticas sociais setoriais no âmbito do programa de ajustamento a partir de 1980, tiveram foco na redução da pobreza. De acordo com o relatório conduzido pelo Banco Mundial em 1994 sobre as experiências africanas com os programas de ajustamento estrutural, a economia de Burundi teve um bom desempenho com os programas e isso refletiu positivamente nos indicadores sociais, considerado médio, 61% da população possui acesso aos serviços de saúde. O relatório aponta que Burundi se destacou no seu desempenho durante os ajustes, ao contrário de muitos países. O país manteve as suas prioridades na área social nomeadamente na educação e saúde, revela que antes dos ajustes os gastos no setor social foram cerca de 28% do total das despesas, a proporção aumentou para 33% em 1991. As privatizações das empresas estatais como é o caso da empresa Moso Sugar Company, fizeram aumentar o PIB do país de 2,1% para 4,4% em 1991. Além disso, o acesso de grupos de baixa renda à água potável, saúde e educação melhorou, mais de 60% da população vive hoje a 5 km de uma unidade de saúde, 70% estão matriculados no ensino primário, e 34% da população rural têm acesso à água potável (HUSAIN; FARUQEE, 1994).

Com renda per capita de apenas US\$ 22 por mês, segundo o relatório do Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento sobre índices de desenvolvimento humano em 1990, Burundi é um dos países mais pobres do mundo com baixos níveis de desenvolvimento humano na África Subsaariana. A pobreza é essencialmente um problema rural, dado que 93% da população vive na área rural. Os obstáculos do dia-a-dia para os pobres incluem distância das escolas e centros de saúde e falta de água potável. O Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento demonstra que apesar dos progressos significativos na qualidade e cobertura dos serviços públicos durante a década de 1980, a pobreza continua sendo um problema crítico, particularmente para os 93% da população que vive em áreas rurais. Enquanto o Banco Mundial argumenta que os gastos do setor social devem ser reorientados para serviços básicos para os pobres, o Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento afirma que embora algo tenha melhorado, os serviços sociais são ainda

atormentados por muitos problemas na gestão, qualidade, viés urbano e alocação de recursos insuficientes para a expansão das infraestruturas sociais (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA DESENVOLVIMENTO, 1990).

Em Gana, o Banco Mundial afirma que os programas de ajuste estrutural foram bem sucedidos. Alega que apesar da oposição e constrangimentos institucionais, os benefícios foram visíveis e compartilhados. Houve melhorias na economia, em 1984 o preço mundial de cacau começou uma descida acentuada, ao mesmo tempo, os preços de importação aumentaram regularmente em 1985. Os pequenos produtores e trabalhadores rurais se beneficiaram pela melhoria dos preços de cacau, a liberalização do comércio aperfeiçoou seus rendimentos. A disciplina fiscal foi introduzida e como os esforços do programa de ajuste tinham foco na estabilização e liberalização da economia, constataram que alguns anos depois, as receitas aumentaram entre 1984 e 1987, as medidas de estabilização foram atingidas e a inflação foi contida de 66% ao ano para 26%. O crescimento foi restaurado em 1983 e a renda per capita aumentou 2% ao ano, ao contrário da década de 70 quando os níveis da renda tiveram queda pela terceira vez. As despesas públicas para os programas sociais cresceram significativamente durante o período dos ajustes, indicadores sociais mostraram melhorias em todos os aspectos e o preço dos alimentos teve queda gradual. Assim, o Banco observou que as evidências demonstraram que os benefícios do crescimento foram distribuídos para a população (HUSAIN; FARUGEE, 1994).

O Banco estima que em dez anos, entre 1980 e 1990, o PIB de Gana cresceu em média 3% ao ano, esse desempenho de Gana é considerado excepcional pelo padrão de crescimento na região, ao contrário de alguns países da África Subsaariana incluindo Botswana, Burkina, Burundi, Burkina Faso, Congo, Mali, Malawi, Senegal e Tanzânia. Quanto aos programas sociais, sublinham que a natureza dos programas de bem-estar tem implicações importantes para os resultados das políticas de ajuste. Justificam que o processo de ajuste requer corte de gastos que muitas das vezes são necessários, e esses cortes são cruciais para os programas sociais. Para os pobres que não têm acesso alternativo aos serviços básicos, a redução de programas sociais pode ter consequências sérias. O fato é que o ajuste e a disciplina fiscal não necessariamente envolvem corte nas despesas, no entanto, as experiências de Gana mostram que a disciplina fiscal pode ser consistente e os programas sociais foram expandidos durante o período de ajustamento (HUSAIN; FARUGEE, 1994).

De acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano das Nações Unidas em 1993, a economia de Gana não apresentou crescimento na década de 70 e início de 80, os rendimentos reais e os níveis de vida caíram. Nas áreas rurais, os agricultores de cacau foram

particularmente atingidos, suas rendas caíram drasticamente. Em 1983, o governo adotou um programa de recuperação econômica. Desde então, liberalizou os preços ao consumidor, desvalorizou a moeda, melhorou o sistema bancário, eliminou vários subsídios, reformou a estrutura tributária e aumentou os preços (PROGRAMA das NAÇÕES UNIDAS para DESENVOLVIMENTO, 1993).

O setor privado estava respondendo gradualmente à melhoria do ambiente econômico. Entre 1984 e 1990, o investimento privado aumentou de 4% do PIB para 8% em 1991, foi responsável por 50% do investimento total. Contudo, a maioria desse aumento foi na mineração de ouro. Os empresários não tinham muita confiança na gestão econômica do governo. Muitos investimentos buscavam lucros de curto prazo, muitas pessoas estavam segurando suas poupanças em moeda estrangeira ou fora do sistema bancário, micro-empresas e empregos informais proliferaram. Para empreendedores sem capital suficiente, conseguir crédito foi um grande problema. Cerca de 90% das empresas perceberam a falta de crédito como uma restrição a novos investimentos, apesar do seu crescimento de 30% em 1984 para 65% em 1989. As empresas públicas em Gana tiveram baixa produtividade e sofreram perdas substanciais. Em 1984, tinham 28% de empregos formais, em 1989 foram responsáveis por apenas 12% de receitas líquidas do governo.

Como parte do programa de ajustamento estrutural, o governo tinha que melhorar a eficiência de suas empresas e se desfazer de outras. De 1987 a final de 1992, foram privatizadas 80 empresas. O processo de privatização começou com as pequenas empresas, com menos de 60 empregos. As maiores foram privatizadas anos depois. Considerando o declínio econômico em 1970 e início de 80, os resultados do crescimento econômico começaram em 1984 cerca de 5% ao ano. Segundo PNUD, é uma recuperação apenas modesta e não foi traduzido e sentido em termos de melhoria de vida para a maioria das pessoas (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA DESENVOLVIMENTO, 1993).

Apesar das privatizações e ajustes nas despesas dos governos terem conseguido melhorar alguns aspectos, os casos acima relatados pelo Banco Mundial são exceções, porém, na maioria dos países africanos as privatizações e outras medidas de ajustes pouco contribuíram para a melhoria das condições de saúde. Niang (2008) aponta outros casos onde o corte de gastos e a subida dos preços afetaram bastante o sistema de saúde africano. Entre 1990 e 1992 no Zimbábue, os gastos do governo com a saúde diminuíram de 29% para 14%. O uso de serviços de saúde pública caiu 50% especialmente nos que diz respeito aos cuidados de saúde pré-natal e serviços de parto. No Quênia, o número de pacientes ambulatoriais portadores de doenças sexualmente transmissíveis diminuiu 40%. Em alguns casos, os

pacientes não realizaram todas as consultas recomendadas devido ao elevado custo de serviços.

Os baixos salários e desemprego são questões que muitas vezes dificultam o acesso a esses serviços. Neste caso, Iriarte (1995) aponta que:

[...] a perda do salário real não é alheia ao modelo neoliberal, muito pelo contrário: corresponde exatamente à sua concepção utilitária e egoísta da economia. Os Programas de Reforma Estrutural impulsionados pelo neoliberalismo consideram o salário como uma variável cuja curva descendente permite baixar a inflação melhorar a competitividade dos bens comerciais no Exterior, ao reduzir os custos de mão-de-obra (IRIARTE, 1995, pág. 65).

Na África uma boa parcela do salário serve para sustentar famílias grandes, portanto as demissões e a deterioração dos salários fez crescer a pobreza. Pela perspectiva dos lucros, os novos proprietários dos serviços públicos não hesitam em fazer subir os preços, assim só os que podem pagar conseguem ter o acesso. Os serviços de educação e saúde privatizados e na situação de pobreza existente em quase todos os países da África, significa que a grande maioria não consegue pagar tais serviços o que lhe impossibilita de usá-los. Para Sama e Nguyen (2008) as responsabilidades do governo e os objetivos do setor da saúde foram redefinidos pelas entidades do setor privado, desempenhando um papel cada vez mais visível na prestação de cuidados de saúde. O crescimento dos mercados de seguros privados e clínicas privadas são apontados como a crescente estratificação do mercado de saúde. As políticas de ajuste que redefiniram os aspectos sociais, emprego, questão da renda e todas as diferenças sociais, que ocorreram desde a implementação dos ajustes são, no entanto, desafios que os governos têm que enfrentar. Essa redefinição é um das questões apontadas pelos autores como problemas do sistema de saúde na África.

3.5 A epidemia do HIV/AIDS e o PAE

A AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) surgiu na década de 1980, e desde então se configura como um importante problema de saúde pública. É uma epidemia que vem desenvolvendo de forma específica em cada região do mundo, mas África Subsaariana continua sendo a região mais afetada pelo vírus.

Os primeiros casos da AIDS no continente africano surgiram justamente no período da implementação do projeto neoliberal. As mudanças no sistema de saúde na África, a explosão da epidemia do HIV/AIDS e a persistência de doenças como malária e tuberculose, têm implicações importantes para a gestão dos sistemas de saúde na medida em que eles estão

correlacionados com a diminuição da capacidade de saúde pública para lidar com uma gama complexa de aspectos ligados à epidemia. Essa capacidade tem relação com as esferas do sistema de saúde desde os recursos humanos, situação física das estruturas do setor da saúde, estruturas de gestão e restrições orçamentais. Esses aspectos são considerados importantes para dar respostas eficazes às epidemias. Numa altura em que o continente africano é confrontado com crise na saúde, a mais grave crise de sua história é o desafio do enfrentamento do HIV/AIDS. A esperança média de vida na África Subsaariana é de 47 anos, sem a AIDS seria 62 (SAMA; NGUYEN, 2008).

A fraca capacidade econômica dos países da região Subsaariana agravou ainda mais a expansão da epidemia do HIV/AIDS. O Banco Mundial incumbiu os serviços de assistência social à ONGs que substituíram os deveres e as atividades do Estado neste sentido. Essa nova responsabilidade de prestação de serviços de caráter social faz parte da estratégia neoliberal que busca entre outras questões, garantir a governabilidade global. O Relatório publicado pelo Banco Mundial em 1998 sobre experiências positivas verificadas nas áreas de saúde admitiram largamente que “Nos anos 80, cerca de metade de assistência externa destinada a saúde em África foi concedido no âmbito de programas multinacionais concebidos e executados por organismos internacionais visando à melhoria global da saúde e bem-estar na África” (BANCO MUNDIAL, 1998, p. 216).

O Banco admite, no entanto que, por muito valiosas que essas iniciativas tenham sido, os programas tiveram como efeito involuntário fragmentar os sistemas de prestação dos cuidados de saúde, enfraqueceram as capacidades nacionais no domínio da formulação da política, da análise e do planeamento da saúde e desencorajaram o desenvolvimento da liderança local na África, no domínio da saúde (BANCO MUNDIAL, 1998).

A rápida propagação da AIDS se deve ao processo da globalização, desigualdades, regimes e migrações. O constante movimento das pessoas pelas fronteiras em todos os continentes propiciou a interação de indivíduos e culturas de países diferentes. O turismo e a migração em busca de melhores condições de vida têm aumentado o fluxo das pessoas no mundo inteiro. Esses fenômenos tornaram mais fácil expansão do vírus da AIDS pelo mundo. É uma epidemia que atinge todos os continentes e apenas alguns países conseguiram frear a disseminação do vírus HIV. Segundo as estimativas do Programa das Nações Unidas para AIDS, a cada minuto, 15 pessoas se contaminam com o HIV no mundo. A estatística oficial aponta para 47 milhões de pessoas contaminadas desde o início da epidemia (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000).

Neste sentido constata-se que a maior parte das infecções, pessoas doentes e óbitos se localizam nos países denominados “em desenvolvimento” principalmente na África. Atualmente 33,4 milhões de portadores do vírus HIV estão em países pobres, o Programa das Nações Unidas sobre AIDS ainda aponta que essa tendência deverá se manter. O epicentro da epidemia se localiza na África Subsaariana, que luta contra esse flagelo humano desde a década de 80 e vem atingindo proporções nunca vistas. A epidemia do HIV/AIDS acaba por comprometer a expectativa de vida e abala seriamente a economia de todo o continente. O Relatório Mundial da Organização Mundial da Saúde em 2006 aponta que “A disseminação da epidemia de HIV/AIDS impõe enormes cargas de trabalho, riscos e ameaças. Em muitos países africanos, a reforma do setor da saúde como parte de ajustes estruturais reduziu a oferta de empregos no setor público e limitou os investimentos na educação dos trabalhadores de saúde [...]” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006, p.6).

A falta de condições de trabalho nas áreas rurais intensificou a concentração de profissionais de saúde nas áreas urbanas e acelerou a emigração de médicos para estrangeiro (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006). O Relatório mostra as estreitas relações entre os ajustes estruturais e o setor da saúde, educação e bem estar social. Segundo Brito (1997), o desemprego, baixos salários e as más condições de vida são fatores que acentuaram a vulnerabilidade das populações para contrair o vírus do HIV. Outra questão pertinente no combate ao HIV/AIDS são os regimes internacionais que são considerados uma parte da governança global (O’Manique, 2010). No caso específico do HIV/ AIDS, vale destacar os aspectos dos acordos sobre comércio internacional e regras estabelecidas pelos organismos internacionais como a Organização Mundial de Comércio. A polêmica da proteção da propriedade intelectual destacou-se como episódio de extrema relevância no cenário internacional por dar início a uma rodada de negociações sobre vários aspectos que envolvem essa questão.

Desencadeou-se um ciclo de discussões sobre os direitos dos países em desenvolvimento de garantir a sua população o acesso aos medicamentos na condição de signatário do Acordo TRIPS - Acordo Relativo aos Aspectos do Direito da Propriedade Intelectual. Com poderes de decisão, os organismos internacionais regulam os custos dos medicamentos antirretrovirais (ARVs) para tratamento do vírus de HIV, condicionado ao acesso a esses medicamentos por parte dos países pobres. A possibilidade dos países pobres para influenciar a definição de agendas, políticas, regras e procedimentos das instituições financeiras internacionais relacionadas com a formulação de respostas mundiais contra HIV/AIDS é muito limitada.

O Programa de Ajustamento Estrutural geralmente tende a desfavorecer os setores sociais. A diminuição das despesas em saúde afetou todo sistema em termos de quantidade e qualidade da prestação de cuidados de saúde com repercussão no bem-estar das populações africanas. Verificamos que a deterioração das condições econômicas em geral teve impacto adverso no acesso a serviços de saúde. As reforma nos sistemas de saúde sob regime neoliberal não deram conta da emergência do HIV/AIDS.

4 AJUSTAMENTO ESTRUTURAL E O ACESSO A MEDICAMENTOS

Este capítulo pretende destacar algumas formas pelo qual o acesso aos medicamentos para tratamento do vírus HIV têm sido prejudicados pelo PAE. Analisará como o direito de propriedade intelectual provocou barreiras para o acesso ao tratamento das pessoas que convivem com o vírus, principalmente as mulheres e as crianças HIV positivo e órfãs devido a AIDS.

4.1 Organização Mundial do Comércio

Os avanços tecnológicos tornaram cada vez mais evidente o fenômeno da globalização. A competitividade do mercado internacional tem provocado disputas por mercados no âmbito global. Com o neoliberalismo expandindo sua ideologia para a maioria dos países do mundo, os países dependentes não tiveram outra opção a não ser entrar na “onda neoliberal” abrindo seus mercados, fazendo reformas, dando incentivos para atrair investimentos estrangeiros, voltando sua produção para a exportação. Os regimes e acordos firmados nas relações internacionais estabelecem regras de conduta para interação nesse meio. Esses regimes e acordos formam o sistema de governança global, que se trata de concepções político- ideológicas de uma ordem mundial caracterizada por um sistema transnacional de gestão. Ainda, são formas de poder estrutural que impõe restrições sobre as interações políticas e econômicas locais e em nível global (O'MANIQUE, 2010).

A Comissão da Organização das Nações Unidas sobre Governança Global (1995) define a governança global como as várias formas que os indivíduos e instituições administram seus interesses num dinâmico e complexo processo interativo de tomada de decisão em constante evolução e se ajustando às novas circunstâncias. Para Rosenau (2005) a governança era vista apenas como a relação intergovernamental, todavia, atualmente envolve

organizações não-governamentais, grupos de advocacia, corporações multinacionais, e muitos outros tipos de coletividades. Logo, o HIV/AIDS é um dos assuntos dessas coletividades.

É neste sentido que a OMC se enquadra como uma das instituições políticas da governança global na esfera comercial. Uma de suas competências é a proteção dos direitos da propriedade intelectual. Após a Segunda Guerra Mundial o desenvolvimento das estruturas de governança e as regras que regem o comércio mundial evoluíram, passou da Convenção de Paris ao Acordo Geral sobre Tarifas e Comércio (General Agreement on Tariffs and Trade GATT).

O Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (Acordo TRIPS)¹⁰ é um tratado internacional integrante de um conjunto de acordos firmados em 1994 que encerrou a Rodada de Uruguai e criou a Organização Mundial de Comércio com assinatura da Ata Final na cidade de Marakesh no Marrocos. A Organização Mundial de Comércio passou a ter a atribuição de administrar a operação de acordos comerciais multilaterais que moldam o sistema de comércio internacional, detém poderes de arbitragem para as negociações multilaterais; administram todo um sistema de regras e procedimentos relativos à solução de controvérsias e o mecanismo de Revisão de Políticas Comerciais. O Acordo estabelece padrões de proteção de propriedade intelectual no mundo incluindo o de medicamentos, que entrou em vigor em janeiro de 1995 tornando obrigatório para todos os países membros da Organização Mundial do Comércio.

Para se tornar país membro da Organização Mundial de Comércio os países tiveram que concordar com certos padrões comuns na forma de elaboração e implementação de legislações patentárias. Ao se tornarem membros os países seriam orientados a adaptarem suas legislações nacionais aos parâmetros do Acordo TRIPS e estar sujeito a sanções comerciais em caso de não cumprimento. Foi chamado de “período de adaptação”, tempo que os países tinham para adequar as suas legislações nacionais aos princípios do Acordo. A proteção da inovação tecnológica consolidou-se então através do Acordo TRIPS, estabelecendo um monopólio mínimo de 20 anos ao detentor da invenção contra o “uso comercial desleal” (LOTROWSKA, 2003).

Desde a adesão dos países em desenvolvimento à Organização Mundial de Comércio, começou a ocorrer entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento uma série de configurações das relações comerciais e políticas gerando consequências importantes para o acesso a medicamentos nos países em desenvolvimento. O Acordo não estabelece apenas

¹⁰ Sigla em ingles: Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights

padrões mínimos de proteção, mas são esses padrões que geram consequências para o acesso a medicamentos nos países em desenvolvimento. (LOTROWSKA, 2003).

As empresas farmacêuticas usam sua influência econômica e política para moldar a política comercial dos Estados Unidos de acordo com os seus interesses. A inclusão do Acordo TRIPS foi alcançada pelo intenso lobby dessas empresas, sobretudo dos Estados Unidos com apoio da União Européia e outros países desenvolvidos. Esse mecanismo jurídico foi estabelecido atendendo as demandas das corporações farmacêuticas para proteger e recuperar os investimentos alocados em sua descoberta, para que versões genéricas dos medicamentos não viessem a competir com sua inovação no período mínimo estabelecido, também para evitar que os genéricos fossem adquiridos nos países desenvolvidos onde as margens de lucros são maiores. As rigorosas leis estipuladas pelo Acordo fazem do TRIPS o mais importante instrumento multilateral para a globalização das leis de propriedade intelectual (POKU, 2002; KOIVUSALO; MACKINTOSH, 2009).

O regime de propriedade intelectual tem avançado cada vez mais no sentido de ampliar os direitos das empresas farmacêuticas detentoras da inovação tecnológica. No que diz respeito ao tratamento do HIV, o rigor do regime e dos direitos têm comprometido direta e indiretamente os países da África subsaariana a consecução dos medicamentos antiretrovirais (ARVs). Neste sentido, a proteção patentária sobre os preços desses medicamentos e as exigências do regime, pressupõe uma série de condições que não estão ao alcance de muitos países pobres, o que constitui um dos obstáculos significativos para o acesso ao tratamento impedindo a sociedade de se beneficiar dos resultados das inovações tecnológicas. Neste contexto, Koivola e Mackintosh, (2009) consideram o regime de propriedade intelectual como uma instituição do capitalismo que visa apenas os interesses das empresas dos países desenvolvidos e, esses interesses acentuam diferenças que podem provocar conflitos entre países, os beneficiários diretos e a própria sociedade em geral.

Desde os primeiros Relatórios do Programa das Nações Unidas sobre HIV/AIDS nos anos 90, verificou-se que o vírus do HIV cresce sem cessar no mundo todo, mas a África Subsaariana continua sendo a região com maiores proporções de pessoas infectadas pelo vírus desde seu surgimento na década de 1980. Na sessão a seguir, serão examinadas as consequências do monopólio do Acordo TRIPS na África Subsaariana, a região possui poucas possibilidades e condições de enfrentar os desafios impostos pela epidemia. Atualmente, os acessos aos antirretrovirais constituem uma esperança de vida às pessoas infectadas, no entanto o seu custo elevado não pode ser suportado pela maioria das pessoas e para os próprios países da região subsaariana onde os orçamentos para a saúde são limitados.

4.2 Consequências do TRIPS no Acesso aos ARVs e seu impacto na África Subsaariana

4.2.1 Pesquisa e Desenvolvimento P&D

Segundo o PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS (1998), a dificuldade principal para o acesso aos antirretrovirais é o preço dos medicamentos num contexto de proteção e defesa das patentes. O estabelecimento do monopólio de 20 anos para produtos patenteados e mercados globalizados resultou numa concentração maior das empresas em todos os setores de produção, inclusive no setor farmacêutico. A indústria farmacêutica é uma das indústrias nos Estados Unidos que mais investem em Pesquisa e Desenvolvimento (P&D). São corporações que procuram cada vez mais aumentar seus interesses particulares ocupando o mercado, tanto no campo de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) de novos medicamentos, como na comercialização dos resultados dessas pesquisas. Lotrowska (2003) afirma que: “o mercado farmacêutico está dominado por uma estrutura oligopolista¹¹ que, associada a um aumento de proteção patentária, criou situações de preços altos numa visão de maximização de lucros” (2003, p. 189). Essa afirmação mostra um acesso limitado dos medicamentos ou mercadorias àqueles pacientes/consumidores com grande poder aquisitivo para adquiri-los. Ou seja, uma boa parcela da humanidade não se enquadra nessa estrutura oligopolista, o que torna difícil o seu acesso ao mercado de medicamentos patenteados.

Para as pessoas que necessitam dos medicamentos antirretrovirais a formação de oligopólios não é boa porque dificulta a entrada de outras empresas no setor dominado. Essa dificuldade faz diminuir a concorrência e os preços tendem a aumentar. A rivalidade oligopolista, ou seja, a rivalidade das empresas por fatias de mercado é uma característica da globalização do capital.

A indústria farmacêutica é um setor tipicamente oligopolista, usufrui de um enorme poder de mercado. Nas palavras de Tachinardi (1993) “trata-se de uma indústria de elevada dinamicidade tecnológica, de alta concentração que, em conjunto com as barreiras à entrada, como as patentes, facilita ações de conluio que determinam um certo tipo de comportamento em matéria de preços e de competitividade”. (TACHINARDI, 1993, p. 135) Segundo Tachinardi (1993) tais indústrias detêm cerca de 85% de faturamento do mercado, são responsáveis pela introdução de novos medicamentos no mercado e altos investimentos.

¹¹ Oligopólio – termo utilizado em economia, quando um grupo de empresas domina o comércio de um determinado produto ou serviço. É um conceito importante para explicar o comportamento das empresas e a dinâmica do comércio como um todo.

Jackson (2004) analisa que a indústria farmacêutica é um setor de competição intensa em consequência da descoberta de medicamentos novos, por essa razão, o argumento de que necessitam de patentes para recompensarem financeiramente seus investimentos em Pesquisas e Desenvolvimento. As indústrias possuem regulamentos rígidos no preço dos remédios, por ser um seguimento que acarreta elevados investimentos em Pesquisas e Desenvolvimento, razão pela qual as empresas aumentam sua participação no mercado procurando recuperar esses investimentos.

A pesquisa e desenvolvimento P&D não são orientados pelas necessidades das populações dos países pobres ou em desenvolvimento, em função do seu potencial de mercado consumidor e não pelas necessidades dos pacientes. Apesar do incentivo do Acordo TRIPS no desenvolvimento de inovações tecnológicas, não é o que acontece na realidade nos países em desenvolvimento. As patentes implicam na proibição de produção de novos medicamentos sob a forma de genéricos num período de 20 anos. E, na maioria dos países em desenvolvimento a capacidade de pesquisa e desenvolvimento é reduzida, por isso, é somente por meio da licença compulsória que eles têm a permissão para a produção de genéricos antes do fim do prazo do monopólio de 20 anos. A indústria de produção de genéricos não pode produzir mais medicamentos novos patenteados porque está ameaçada de uma redução na sua produção, considerando que a África representa um pouco mais de 1% do mercado mundial de medicamentos e a América Latina 7%, conclui-se que nenhum medicamento novo será desenvolvido para esses mercados (LOTROWSKA, 2003; DOCTORS WITHOUT BORDERS, 2001).

A maior capacidade de Pesquisa e Desenvolvimento P&D localiza-se nos países ricos capitalistas, e esses países terão sempre que satisfazer às expectativas dos mercados da norte americano, europeu e de alguns países asiáticos, que respondem por uma boa parcela do mercado mundial de medicamentos. O principal mercado de medicamentos encontra-se nos países desenvolvidos e é para esse mercado de consumidores que os medicamentos foram produzidos e destinados retorno financeiro. Um estudo realizado pelos Médicos Sem Fronteiras sobre as maiores empresas farmacêuticas com capacidade de Pesquisa e Desenvolvimento mostrou que 1% dos novos medicamentos no mundo foram desenvolvidos para doenças que atingem principalmente as populações dos países em desenvolvimento onde vive 80% da população mundial. (DOCTORS WITHOUT BORDERS, 2003). Assim, observa-se que:

A configuração das necessidades de medicamentos em uma escala mundial é exatamente diferente da configuração do mercado. Com apenas 1% do mercado de medicamentos, a África representa uma carga de doenças muito maior e, só no campo da AIDS, a diferença entre os 29,4 milhões de pessoas com HIV/AIDS (que representam aproximadamente 70% do número de pessoas com HIV no mundo) e as dezenas de milhares de pessoas com acesso a medicamentos antiretrovirais, exemplifica a discrepância entre a configuração do mercado e a configuração das necessidades de saúde (LOTROWSKA, 2003, p. 192).

4.2.2 O acesso e as diferenças socioeconômicas

A iniciativa de organizar a Campanha de Acesso a Medicamentos Essenciais pela ONG Médicos Sem Fronteiras em 1999, surgiu ao constatarem que o alto preço dos medicamentos necessários para tratamento do vírus do HIV era incompatível com o poder de compra dos governos dos países pobres, onde se verifica a maior prevalência do vírus de HIV. Além dos Médicos Sem Fronteira, a organização Health Gap também apontou para a questão dos altos preços dos medicamentos associados à implementação do Acordo TRIPS (OXFAM, 2001).

Santos (2001) expressa sua indignação sobre uma porção cada vez maior de atores internacionais de um sistema globalizado, em que o acesso a bens e serviços é limitado a uma grande parcela da população mundial. Ele considera uma hipocrisia a posição do G8 no que diz respeito à epidemia da AIDS malária e tuberculose. O G8 reconhece que a epidemia dessas doenças fará mais de 15 milhões de vítimas por ano, sobretudo nos países menos desenvolvidos, mas insistem considerando que a produção de medicamentos genéricos de baixo custo seja feita sem violação da propriedade intelectual. Santos (2001) critica a hegemonia dos interesses econômicos transnacionais no contexto neoliberal que busca apenas o lucro e cria disparidades entre ricos e pobres, o que traz consequências inadequadas às populações mais vulneráveis. Portanto, no caso dos medicamentos antirretrovirais, as patentes beneficiam apenas as empresas que controlam o mercado de tecnologia

De acordo com a análise dos Médicos Sem Fronteira (2001) apenas 3% das patentes no mundo provêm de empresas ou indivíduos residentes em países em desenvolvimento e, 80% das patentes depositadas nos países em desenvolvimento pertencem a empresas ou a indivíduos residentes em países desenvolvidos.

A epidemia do HIV/AIDS tem impacto direto no crescimento econômico pela forma como reduz a disponibilidade e a capacidade de capital humano. Apesar do avanço e do desenvolvimento da tecnologia nos países desenvolvidos, ainda há um grande número de pessoas sofrendo e morrendo de complicações relacionadas à AIDS. O acesso a

medicamentos constitui um componente essencial para a garantia do direito à saúde (um dos direitos humanos fundamentais), pois salva vidas e melhora as condições de saúde das populações. Na África Subsaariana, são muitos os desafios para que os medicamentos estejam disponíveis aos usuários, na dosagem certa e a um preço que possam pagar. Muitas vezes nem os usuários nem os governos conseguem arcar com os custos altos dos medicamentos antirretrovirais, o que constitui uma importante barreira para a garantia do acesso aos medicamentos, principalmente nos países menos desenvolvidos. (CHAVES, 2006). Neste sentido, Jackson (2004) argumenta que a infraestrutura e os serviços primários de saúde são outros aspectos que constituem um desafio em muitos países africanos, esses serviços são extremamente limitados e estão em declínio, principalmente nas zonas rurais onde habita a maioria das pessoas. O autor ainda observa que na região subsaariana, a “despesa média anual na saúde por pessoa é inferior a 10 dólares e, em alguns países, não ultrapassa 1 dólar”. (JACKSON, 2004, p. 466).

O Relatório Mundial das Nações Unidas publicado em 2010 estima que apenas 37% de pessoas têm acesso aos medicamentos para tratamento (PROGRAMA DAS NAÇÕES SOBRE HIV/AIDS, 2010). As desigualdades econômicas, sociais e o acesso limitado de medicamentos antirretrovirais (ARVs) são alguns dos fatores que contribuíram para a rápida disseminação do vírus nessa região provocando novas infecções e mortes (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA DESENVOLVIMENTO, 2003). Os parâmetros estipulados no Acordo TRIPS sobre o acesso a medicamentos essenciais para tratamento da AIDS nos países pobres e nos países em desenvolvimento tornou-se um dos mais controversos acordos da Organização Mundial de Comércio. Na análise dos Médicos Sem Fronteiras, as patentes podem ter um impacto significativo no acesso aos medicamentos, quando são utilizadas para impedir a concorrência. Todavia, quando tratamentos que podem salvar vidas dos que vivem com doenças, como HIV/AIDS, se tornam caros demais para essas pessoas, as consequências podem ser e são devastadoras.

Nessa região do continente africano, os governos enfrentam dificuldades orçamentais, a precariedade no sistema de saúde e o preço alto cobrado pelos medicamentos, se torna uma questão de vida e morte. Os valores orçamentários dedicados à saúde nesses países é muito aquém do que seria necessário para comprar os medicamentos para a AIDS. (DOCTORS WITHOUT BORDERS, 2001). Os recursos disponíveis para gastos como educação e serviços de saúde não relacionados à AIDS, resultam em aumento da pressão sobre as finanças do Estado e em um crescimento mais lento da economia. No nível familiar, os resultados da

AIDS acarretam na perda de renda e um aumento dos gastos com saúde pelo responsável da família. Um estudo realizado na Costa do Marfim mostrou que famílias com um paciente portador do HIV/AIDS gastam duas vezes mais em despesas médicas do que outras famílias (BANCO MUNDIAL, 2011).

Os países menos desenvolvidos se deparam com diversas barreiras para o uso da licença compulsória, um importante mecanismo de promoção do acesso a medicamentos protegidos pelos seus inventores. Dentre essas barreiras Chaves (2006) destaca a ausência de uma estrutura legal administrativa nos respectivos países para que a licença seja utilizada com facilidade. A ameaça de sanções comerciais por parte dos países desenvolvidos, pelo grau de assimetria e de dependência; pouca ou nenhuma capacidade de produção no país e a necessidade de autossuficiência para produzir o medicamento, neste caso, a matéria prima. A dependência da matéria-prima farmacêutica representa cerca de 65% do custo do produto final. Além dessas dificuldades, as agências especializadas das Nações Unidas observam que as incertezas do clima econômico também contribuíram para colocar os programas nacionais de combate a HIV/AIDS sob pressão por causa dos orçamentos reduzidos e prioridades concorrentes. Em 2009 os fundos para o HIV foram menores que em 2008 (PROGRAMA NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFANCIA, 2010).

A apesar dos medicamentos para tratamento terem melhorado a vida de quem é portador do vírus, seus benefícios têm sido restritos apenas a populações de países ricos. As patentes sobre os medicamentos ARV's permitem às indústrias farmacêuticas cobrarem um preço inacessível para os países do Terceiro Mundo onde vive a maioria de pessoas infectadas pelo HIV.

4.2.3 Os emergentes rumo a Doha

O diretor do programa da AIDS dos Médicos Sem Fronteiras na África do Sul afirmou que a África do Sul herdou um sistema de altos preços médicos do regime de apartheid, e agora o governo está tentando lidar com esse encargo de prestação de cuidados com mais de quatro milhões de pessoas com HIV. Ainda, afirma que todos os dias, dezenas de pessoas com HIV / AIDS de um bairro pobre da Cidade do Cabo vão às clínicas a procura de medicamentos de custo acessível, mas o alto preço das drogas significa que só são capazes de oferecer tratamento a um número limitado de pessoas. Na África do Sul pessoas com AIDS estão morrendo por causa dos elevados preços dos medicamentos como resultado da proteção patentária, além disso, as

indústrias farmacêuticas tentam bloquear os esforços do governo para melhorar o acesso aos medicamentos (DOCTORS WITHOUT BORDERS, 2011).

O argumento das indústrias é que “o custo médio para lançamento de um medicamento novo custa em torno de 800 milhões de dólares, o processo desde a descoberta da molécula, os testes pré-clínicos e clínicos até a introdução do medicamento no mercado, leva até 15 anos, além disso, também consideram o preço do prejuízo da perda das pesquisas iniciais com o medicamento. (MEINERS, 2011). Na mesma lógica, Tachinardini (1993) afirma que há uma ampla gama de pesquisas que não resultam em sucesso e, por esse motivo, os lucros com determinados medicamentos devem cobrir as perdas verificadas com projetos de Pesquisas e Desenvolvimento para subvencionar aqueles medicamentos que tiveram menor grau de sucesso no mercado, esse fato tem uma relação direta com as decisões sobre os preços. Tachinardini (1993) ainda ressalta que os rígidos procedimentos para aprovação de novos medicamentos também tem influência nas questões do preço/custo. Apenas 5 em cada 4 mil moléculas pesquisadas é aprovada nos Estados Unidos. As indústrias consideram que isso constitui uma questão de alto risco, deste modo, a patente é importante para o setor como meio para assegurar o monopólio do produto em decorrência das atividades de Pesquisa e Desenvolvimento. Para o desânimo das indústrias, os governos do Terceiro Mundo têm enfrentado a questão dos preços altos através da importação e produção de medicamentos genéricos.

Em 1998, 39 das maiores indústrias farmacêuticas moveram uma ação contra o governo sul-africano questionando a emenda constitucional daquele país que permitia a quebra dos direitos à patente de medicamentos para HIV/AIDS, alegaram que isso constitui uma violação da Constituição da África do Sul e do Acordo TRIPS da Organização Mundial do Comércio. O governo sul africano, membro da Organização Mundial do Comércio, se defendeu baseando-se na flexibilidade do mesmo Acordo, que permite os signatários formular suas leis, adotar medidas necessárias a fim de proteger a saúde pública. (OMC, 1994, art. 8). Em caso de emergência nacional o Acordo especifica que um país pode quebrar os direitos de patente (OMC, 1994, art. 31) (OLESEN, 2010).

A controvérsia repercutiu no mundo inteiro e a flexibilidade fez iniciar uma série de campanhas. Ativistas na África do Sul, Índia, Brasil e outros países com sérios problemas com o HIV, organizaram uma campanha transcontinental de apoio à África do Sul. Após várias discussões envolvendo grandes organizações de direitos humanos como a Oxford

Committee for Famine Relief - OXFAM¹² e Doctors Without Borders, conseguiram a vitória e as indústrias farmacêuticas acabaram retirando o caso em Abril de 2001 por pressão dos ativistas, protestos no mundo todo, atraiu a mídia, teve comentários críticos de personalidades e políticos internacionais. As campanhas na África do Sul foram estratégicas para mobilizar a opinião pública, fizeram o uso da força de histórias pessoais e emocionais contadas pelos sul africanos com HIV para mostrar as consequências sociais dos preços dos remédios patenteados. Além disso, as organizações e os ativistas tomaram o caso de África do Sul como referência para criticar também as fundações morais das políticas de preço dos medicamentos e, de forma geral as desigualdades globais que elas geravam (OLESEN, 2010). O caso da África de Sul mostra o papel central das campanhas orquestradas por ativistas de direitos humanos na mobilização da sociedade civil e na sua influência sobre as normas da estrutura política mundial para beneficiar diretamente as pessoas infectadas pelo HIV.

Os padrões de propriedade intelectual estabelecidos pelo Acordo TRIPS têm um aspecto considerável no acesso a medicamentos para HIV/AIDS e na Saúde Pública por limitar a concorrência e a produção local o que dificulta o acesso aos medicamentos. Em Novembro de 2001 em Doha, no Qatar, foi realizada a IV Conferencia Ministerial da Organização Mundial do Comércio sobre Acordo TRIPS e Saúde Pública, nessa Conferência surgiu a Declaração de Doha em que países em desenvolvimento membros da Organização Mundial do Comércio concordaram em rever o desequilíbrio no acesso aos medicamentos antirretrovirais e decidiram reafirmar o direito dos países em utilizar as salvaguardas do TRIPS, como licenças compulsórias ou importação paralela, para superar os obstáculos à promoção e melhoria do acesso a esses medicamentos. O Acordo prevê flexibilidades reconhecendo a gravidade das questões de saúde pública que afligem muitos países em desenvolvimento, sobretudo nos países menos desenvolvidos, em especial no que diz respeito às relacionadas ao HIV/AIDS. Essas flexibilidades foram estabelecidas para resolver os problemas emergenciais de saúde pública no sistema de patentes. No entanto, elas incluem licença compulsória, importação paralela, disposições relativas à extensão da proteção de dados de teste e medidas para controlar o abuso de direitos de patente e de práticas anti-concorrenciais.

O Programa das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, o Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento e a Organização Mundial de Saúde (2010) estão profundamente

¹²Oxford Committee for Famine Relief (Comitê de Oxford de Combate à Fome), é uma confederação internacional de 15 organizações que trabalham em conjunto de em conjunto em 98 países e com os parceiros e aliados em todo o mundo para encontrar soluções duradouros para a pobreza e a injustiça.

preocupados com a sustentabilidade a longo prazo do acesso ao tratamento do HIV. Estão encorajando os países a utilizarem as flexibilidades comerciais estabelecidas no acordo TRIPS da Organização Mundial do Comércio e a Declaração de Doha, o Acordo TRIPS e a Saúde Pública, para reduzir os custos dos medicamentos, melhorar e expandir o acesso ao tratamento para as pessoas mais necessitadas. Afirmam ainda que apesar do momento econômico atual, os países devem utilizar todos os meios à sua disposição para assegurar a sustentabilidade dos serviços relacionados ao HIV para atingir as pessoas mais necessitadas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde nos últimos 10 anos o custo anual de um regime de primeira linha antirretroviral para países de baixa renda diminuiu significativamente U\$10.000/pessoa em 2000 para menos de U\$116/pessoa em 2010. A Organização Mundial da Saúde considera ainda que os preços sejam demasiadamente elevados para muitos países de média e baixa renda, as flexibilidades do TRIPS permitirão que os países emitam licenças compulsórias e usem outros mecanismos previstos no acordo TRIPS e na Declaração de Doha para obter acesso a medicamentos antirretrovirais genéricos a preços acessíveis. Isso significa que um país poderia produzir medicamentos genéricos a um custo menor ou, se ele não tem capacidade de produção, poderia importar a um custo menor os medicamentos genéricos a partir de outros países. Neste sentido, os Médicos Sem Fronteiras afirmam que:

Nos anos mais recentes, muitos países em desenvolvimento estão sendo pressionados a implementar dispositivos mais restritivos e rígidos em suas legislações patentárias, indo além do que é requisitado pelo TRIPS – estas medidas são conhecidas como dispositivos TRIPS-plus. Os países não têm qualquer obrigação pelo direito internacional de fazer isto, mas muitos se viram sem opções senão adotar estas medidas como parte de acordos bilaterais com os Estados Unidos ou a União Européia. Isto tem um impacto desastroso no acesso a medicamentos (DOCTORS WITHOUT BORDERS, 2011).

Essa afirmação mostra que apesar das flexibilidades estabelecidas no Acordo TRIPS, os países desenvolvidos, notadamente os Estados Unidos e a União Européia, têm procurado proteção de patentes ainda mais fortes. Seus interesses em alcançar seus objetivos comerciais através de negociações multilaterais determinam a força com que prosseguem uma agenda. Na medida em que as flexibilidades do TRIPS facilitam o acesso aos medicamentos diminuindo os custos, outras barreiras ao acesso se tornam mais evidentes. As TRIPS-plus são regras que protegem ainda mais a propriedade intelectual, sem considerar o equilíbrio entre o interesse público e o das empresas privadas. A Associação Européia de Medicamentos Genéricos incluíram nos Acordos cláusulas TRIPS-plus que vão além das já existentes. As

novas barreiras impõem aos fabricantes de genéricos a repetirem custosos testes já realizados, anos adicionais de monopólio ao detentor da patente original entre outras medidas. Um exemplo recente é a pressão da União Européia sobre a Índia para adotar as novas medidas, por ser uma das grandes produtoras de genéricos e principal exportador de medicamentos para África e países em desenvolvimento.

4.3 Abordagens Biomédicas e Saúde Pública

A epidemia do HIV/AIDS tem seguido a hegemonia do referencial biomédico orientando por um viés individualista e racional. A promoção de saúde na perspectiva biomédica centra-se no autocontrole, práticas seguras e mudança de comportamento. Este enfoque individualista tem sido alvo de críticas pelos estudiosos e pesquisadores que trabalham com referenciais sociológicos que refletem no estilo de vida das pessoas (NAUTA, 2005; O'MANIQUE, 2010).

A abordagem biomédica tem suas raízes na biomedicina. Aborda a questão do HIV/AIDS, como uma condição médica pertencente estritamente ao domínio médico, um fato que diz respeito a uma síndrome – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, causada por um vírus (HIV), tornando o organismo vulnerável a infecções oportunistas. As críticas a esta abordagem incidem pelo fato de instituir uma hegemonia médica na definição de comportamento humano em relação a situações de risco e embasar na ideologia do individualismo, entendendo que viver desta ou daquela maneira é uma questão de escolha pessoal (O'MANIQUE, 2010; MINDRY, 2008).

A abordagem da saúde pública centra-se na ótica do Estado, no sentido de atuar em fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, tentando controlar incidência de doenças nas populações através de ações de vigilância e intervenções governamentais. As críticas ao individualismo da abordagem biomédica sobre cuidados com a saúde tem resultado numa busca por alternativas que considera a complexidade dos comportamentos humanos e fatores sociais que tendem a influenciar certos comportamentos. A ampliação do foco para além da mudança individual de comportamento tem sido um conjunto de premissas para a saúde pública e promoção de saúde no âmbito da Organização Mundial de Saúde. Esta abordagem investe na promoção da autonomia de indivíduos e grupos para que estes sejam capazes de realizar as suas próprias escolhas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

Mindry (2008) argumenta que a concepção biomédica sobre HIV/AIDS é de cunho neoliberal, tende a ignorar as condições sociais e isso permite que o vírus se propague. Esta abordagem despolitiza a doença, desloca a compreensão da doença de seu contexto social e coloca-a como uma questão individual. No entanto, é de se considerar estas questões para que se desenvolvam ações e definir necessidades para os desafios impostos pela epidemia.

Além disso, O'Manique (2004) sublinha que pelas condições de privação econômica resultante da estruturação econômica neoliberal, a educação da mulher também foi prejudicada e negligenciada o que torna improvável seu conhecimento sobre como se prevenir. A autora ainda aponta para as questões culturais, na África Subsaariana as dimensões de gênero são compreendidas a partir de perspectivas culturais, o alto risco do comportamento sexual dos homens colocaram as mulheres em maior risco. Os homens migram, são motoristas de caminhões de longa distância.

Outros fatores também que contribuem para comportamentos sexuais de alto risco são as tradicionais práticas culturais que regem a sexualidade colocando os homens no controle da sexualidade das mulheres e do trabalho. Entre esses fatores incluem a posição assimétrica econômica entre homens e mulheres. Dada a sua condição econômica limitada, muitas mulheres africanas pobres recorrem à atividades econômicas informais, somado ao seu papel central no trabalho doméstico, muita vezes obrigou-as também a se prostituírem para sustentar suas famílias.

Contudo, além da fragilidade do Estado no enfrentamento da crise da epidemia do HIV, as limitações de abordagem biomédica ainda contribuem para agravar esse quadro pelo fato de não reconhecer a relação dos fatores socioeconômicos com a AIDS. Os esforços para ajudar as mulheres têm sido centrados em tecnologias médicas, na fabricação de medicamentos para a prevenção da transmissão vertical e pesquisas sobre preservativos femininos. Esforços para enfrentar os fatores mais amplos que contribuem para as taxas elevadas de transmissão do HIV entre as mulheres bem como programas de conscientização com os homens sobre as relações de poder de gênero são negligenciados.

Sob pressão do Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento e organizações de sociedade civil que advogam a favor da igualdade de direitos das mulheres, em 2001 o Relatório do Banco Mundial intitulado: World Bank Policy Research Report, Engendering Development Through Gender Equality in Rights, Resources and Voice, foi reforçada por um foco centrado na importância de fortalecer e empoderar as mulheres, redução de pobreza e seu bem-estar doméstico principalmente em contextos onde os sistemas públicos de saúde e redes de segurança social são fracos ou inexistentes. O Relatório analisou também os fatores

estruturais, verificou as conexões entre as políticas econômicas nacionais, a capacidade de resposta do Estado e fatores macroestruturais que configuram ambientes de risco, como por ex. dívida e os programas de ajustamento estrutural.

4.4 Vulnerabilidade das Mulheres ao HIV e o Acesso ao Tratamento

4.4.1 Caracterização do Problema

De acordo com os estudos de Poku (2002) e Jonhson (2011), os Programas de Ajustamento Estrutural (PAE) contribuíram para minar alguns aspectos nos sistemas de saúde, educação e nas economias locais, além disso, afetaram negativamente a capacidade de resposta ao HIV/AIDS nos países em desenvolvimento da África Subsaariana. Os limites orçamentais e redução de pessoal são alguns aspectos que mais afetaram os serviços públicos de saúde.

O agravamento da precariedade dos serviços públicos devido aos Programas de Ajustamento Estrutural afetou desproporcionalmente as mulheres, a sua baixa qualificação fez delas uma das vítimas das demissões, a flexibilização do trabalho negou seu direito à maternidade. A redução do acesso aos serviços públicos por causa dos custos significou uma carga maior para seu papel de mãe ou de chefe de família. As despesas domésticas aumentaram devido à mercantilização das necessidades, as jornadas longas de trabalho aumentaram para suprir as necessidades do lar, a cobrança das altas taxas escolares lhes impossibilitaram de investir na sua educação. Além disso, a diminuição dos serviços públicos comprometeu o seu acesso a serviços necessários para lidar com HIV/AIDS, incluindo aspectos confidenciais relacionados à AIDS, centros de saúde, água potável, alimentos nutritivos, serviços de saúde sexual reprodutiva e outras condições comuns de saúde (PETERSON, 2003; O'MANIQUE, 2010).

A falta de acesso a esses serviços agrava ainda mais as condições psicológicas que as mulheres enfrentam nos cuidados de saúde, tais como coerção sexual e medo de violência no caso de um resultado HIV positivo, discriminação e barreiras socioeconômicas, como acesso desigual à propriedade, educação e renda. Em contextos africanos onde o HIV é prevalente e o número de casos tem se expandido, as políticas neoliberais removeram as estruturas de apoio social necessários para aquelas pessoas que têm familiares convivendo com o vírus de HIV ou doentes da AIDS que precisam desses serviços para adquirir medicamentos, comida ou despesas funerárias (BAENETT; WHITESIDE, 2002; BEYRER, 2007).

Thomas (2002) observa que apesar dos protestos sobre o Acordo TRIPS e Saúde Pública na Conferência Ministerial de Doha em 2001, que consentiu licenças compulsórias em caso de emergência nacional permitindo os países a substituir os preços estipulados pelas companhias farmacêuticas, a estrutura básica de proteção das patentes manteve-se inalterada desde que o Acordo TRIPS foi firmado em 1994.

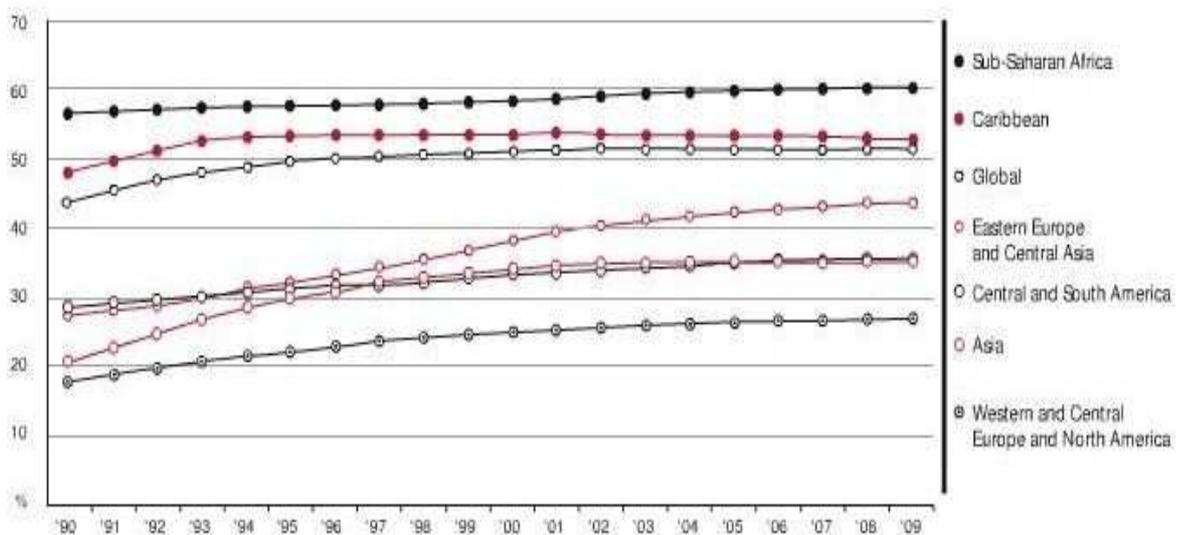
Para proporcionar o acesso razoável a medicamentos para tratamento do vírus HIV tornou-se um aspecto prioritário na agenda dos doares internacionais. Muitos projetos de doadores foram destinados a aumentar a produção e distribuição desses medicamentos genéricos. É o caso da criação do Plano Emergencial para o Alívio da AIDS (PEPFAR), Fundo Global de Combate a AIDS, Tuberculose e Malária (GF) UNITAID e (PRODUCT) RED. O'Manique (2010) explica que essas iniciativas ajudaram a aumentar a porcentagem de pessoas com acesso ao tratamento antirretroviral (ARV) na África Subsaariana, de 21% em 2006 para 30%, conforme os dados da Organização Mundial da Saúde em 2009. As mulheres têm sido as primeiras a receber o tratamento devido as campanhas de prevenção de transmissão vertical, ou seja, de mãe para filho. Porém, os projetos e programas, na análise da O'Manique (2010) muitas vezes não se consegue resolver a gama de fatores sociais e econômicos que impedem as mulheres de terem acesso a cuidados de qualidade, apoio antes e depois da gravidez e ao longo da vida.

O que fica claro é que as epidemias atingem com frequência àqueles que são marginalizados socialmente, politicamente e economicamente, no caso da epidemia do HIV, geralmente são os mais vulneráveis à infecção. De acordo com o Relatório Global da UNAIDS de 2010, as regiões mais atingidas na África Subsaariana são: Etiópia, Nigéria, África de Sul, Zâmbia e Zimbábwe, cada vez mais essas pessoas são as mulheres, os dados mais recentes da prevalência mostram que nessa região da África são 13 mulheres infectadas para cada 10 homens infectados. Metade das pessoas vivendo com HIV são mulheres e 76% de todas as mulheres HIV-positivo vivem na região do sul da África (p. 130). O relatório ainda aponta para o impacto contínuo da epidemia especificamente nessa população (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS, 2010). O Programa das Nações Unidas sobre AIDS estima que 34 milhões de pessoas no mundo estão convivendo com o vírus HIV desde a década de 1990 até final de 2010. Somente na África subsaariana são 22.5 milhões de pessoas convivendo com o vírus, e esse numero corresponde a 68% do total global.

No início da década de 1990 o crescimento de casos de AIDS entre as mulheres e a transmissão do HIV de mãe para filho fez a sociedade ficar atenta a essa questão As

tendências globais da epidemia do HIV/AIDS levaram à feminização da infecção e surgiu como ponto de discussão para ativistas, pesquisadores e técnicos de saúde. Os Relatórios Globais do Programa das Nações Unidas sobre AIDS destacam certa tendência de crescimento no número de mulheres infectadas pelo vírus do HIV. A região da África Subsaariana possui um número maior de mulheres do que homens, de acordo com as estimativas do Programa das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, de 1990 a 2009 60% de pessoas com HIV são mulheres (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS, 2010). Podemos verificar este crescimento no gráfico 1.

Gráfico 1. Crescimento da prevalência do HIV nas mulheres na África Subsaariana



Fonte: Programa das Nações Unidas sobre HIV/AIDS Relatório Global 2010.

O acesso desigual aos direitos que se verifica entre homens e mulheres reflete no crescimento dos números de infecções na camada feminina. Nos últimos anos, as campanhas de prevenção para enfrentar a epidemia da AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis têm chamado atenção para as questões econômicas, socioculturais étnicas e raciais que configuram as desigualdades sociais.

O Instituto de Pesquisa para o Desenvolvimento Social das Nações Unidas (UNRISD)¹³ revela que no mercado de trabalho e no âmbito político ainda há “assimetrias e segmentação entre os gêneros, que impõem limites ao acesso das mulheres à renda, autoridade e poder” (p. 3). As desigualdades entre homens e mulheres são questões que ainda estão

¹³ Sigla em inglês: UNRISD (United Nations Research Institute for Social Development)

enraizadas em muitas sociedades e são verificadas na prática através de políticas públicas. Estas limitações só aumentam de certa forma sua vulnerabilidade das mulheres.

4.5 O Acesso ao Tratamento para Crianças com HIV e a situação dos Órfãos

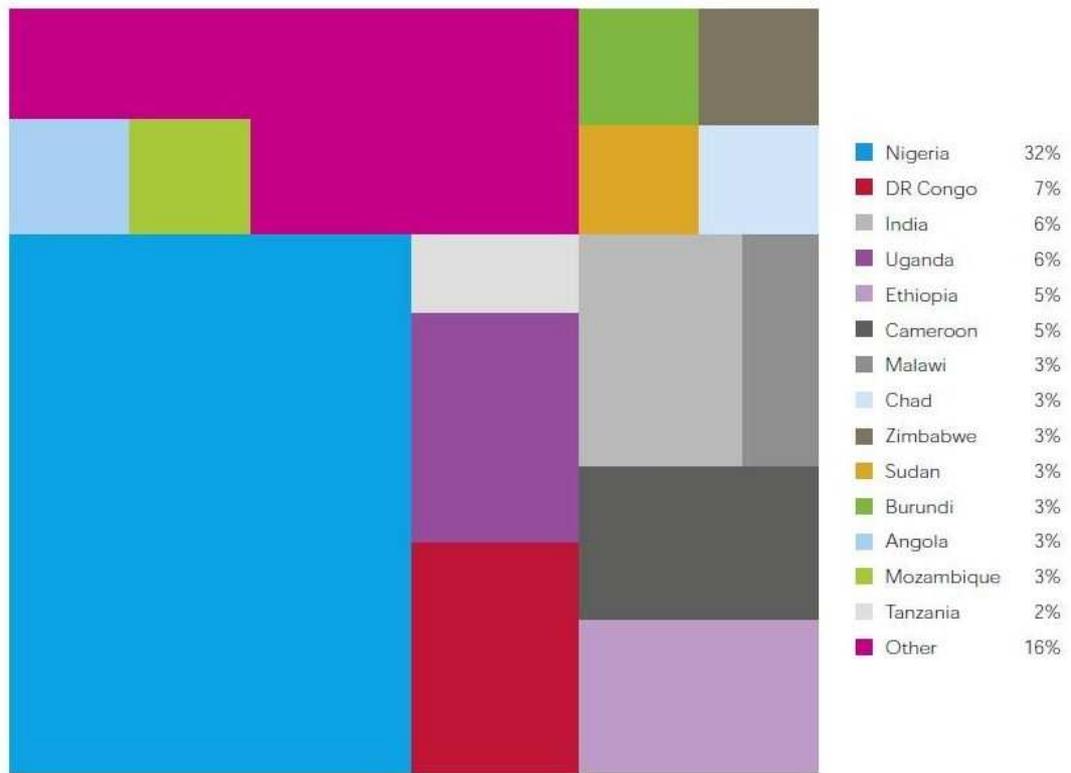
4.5.1 Caracterização do problema

O Programa das Nações Unidas sobre HIV/AIDS e a Organização Mundial da Saúde (2010) estimam que mais de 4 milhões de crianças menores de 15 anos foram infectadas pelo HIV desde o início da epidemia na década de 1980. 90% de crianças HIV positivo que residem na África Subsaariana contraíram o vírus durante o parto ou através da amamentação. A prevenção da transmissão vertical (mãe para filho) é um aspecto considerado fundamental pelo Programa das Nações Unidas sobre HIV/AIDS na resposta à AIDS durante a última década. A cobertura terapêutica antirretroviral para crianças na região está ligeiramente abaixo da média global, em apenas 26%. A taxa de infecção em crianças que nasceram de mães com HIV caiu significativamente em alguns anos, de 500.000 em 2001¹⁴ para 370.000 em 2009, embora a taxa tenha diminuído apenas alguns países conseguiram atingir a taxa de 80% de cobertura antiretroviral para prevenção da transmissão vertical: Botswana, Namíbia, África de Sul e Swazilândia.

Angola, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Chade, Costa de Marfim, Republica Democrática do Congo, Etiópia, Gana, Índia, Quênia, Lesoto, Malawi, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Ruanda, África de Sul, Sudão, Suazilândia, Uganda, Tanzânia, Zâmbia, Zimbábue, ainda são países com o maior número de mulheres grávidas com HIV. Desde o início da epidemia até finais de 2009, a média total de cobertura na África Subsaariana era de 54%. Como se verifica na figura 1, um grupo de treze países não consegue sequer chegar a 50% de cobertura (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS, 2010).

¹⁴ Quando a Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o HIV / AIDS foi realizado em 2001, o acesso à terapia anti-retroviral em países de baixa e média renda estava apenas na sua fase inicial. Em 2006, os Estados-Membros apoiaram com unanimidade metas para o acesso universal à prevenção, tratamento, cuidados e apoio. Este compromisso foi sustentado por experiências de países bem sucedidos em acelerar o acesso ao tratamento do HIV. Esses países são: Botswana, Brasil, camarões, Ghana, Índia, Quênia, Lesoto, Tailândia, Uganda e Ucrânia (UNAIDS, 2010, p. 100)

Figura 1: Taxa de cobertura antiretroviral



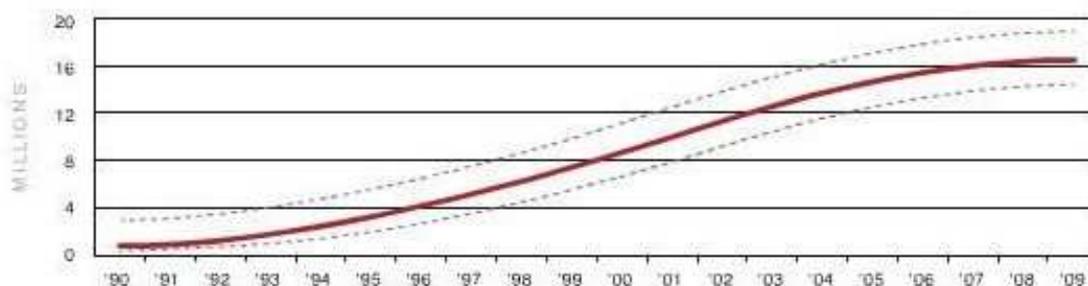
Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2010.

Esses números revelam taxas baixíssimas de cobertura antiretroviral para evitar transmissão vertical de futuras mães em países com renda média e baixa. A porcentagem de mulheres grávidas convivendo com o vírus nos 25 países da região subsaariana que foram testadas e receberam aconselhamento variou bastante, mais de 95% na África de Sul e Zâmbia para 9% na República Democrática do Congo e 6% no Chade. Em toda África Subsaariana apenas 15% de mulheres grávidas com HIV recebem tratamento antiretroviral. No entanto, o relatório do Programa das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (2010) verificou uma fraca cobertura de serviços de prevenção da transmissão vertical e o acesso aos serviços pré-natais na maioria desses países. Além disso, mulheres com HIV continuam a ter uma alta necessidade de planejamento familiar. Em alguns países mais de ¼ das mulheres com o vírus HIV não desejam a gravidez atual ou gostariam de adiar sua próxima gravidez por dois anos (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS, 2010). As dificuldades do acesso aos medicamentos antirretrovirais comprometem um dos objetivos do milênio traçados pela ONU: eliminar a transmissão vertical até 2015. O fortalecimento dos serviços de

planejamento familiar e a prestação de cuidados de saúde materna, neonatal e infantil produziria melhores resultados para os bebês e suas mães.

Vem aumentando o número de crianças de 0-17 que perderam seus pais devido a AIDS na África Subsaariana. Em 2005 era de 14,6 milhões, nos finais de 2009 esse número chegou a 16,6 milhões. Quase 90% de órfãos vivem na África Subsaariana, a maioria delas no Quênia, Nigéria, África do Sul, Uganda, Tanzânia, Lesoto e Zimbábue.

Gráfico 2. Prevalência de órfãos na África Subsaariana



Fonte: Programa das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, Relatório Global 2010.

No gráfico 2, pode-se observar a tendência do crescimento do número de órfãos na África Subsaariana desde a década de 1990 até 2009. O Programa das Nações Unidas sobre HIV/AIDS estima que são mais de 9 milhões de órfãos em toda a região. Somente na Nigéria são 2,5 milhões de órfãos devido a AIDS. Mais de 10% de todas as crianças com idade de 0-17 anos perderam um ou ambos os pais devido a AIDS, em Lesoto são 13%, Suazilândia 12% e Zimbábue 16% de órfãos. Algumas crianças órfãs nesses países são apoiadas por sistemas de redes de voluntariado formais e informais que foram criadas devido à epidemia para dar suporte temporário, a maioria delas é cuidada pela família, no entanto, não recebem nenhum apoio externo ou do governo. (PROGRAMAS DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS, 2010, p. 112).

De acordo com seu relatório, a Human Rights Watch revela que milhões de crianças órfãs carecem de proteção estatal. Na maioria dos países da África Subsaariana altamente afetados pela AIDS, a única proteção que os órfãos e outras crianças vulneráveis possuem é o apoio familiar e da comunidade. Essa proteção é muita das vezes precária, consequência dos efeitos combinados da epidemia do HIV/AIDS e da pobreza. Essas consequências refletem na dificuldade dos governos africanos de por em prática a sua responsabilidade de garantir os direitos das crianças afetadas pelo HIV/AIDS. Essas crianças enfrentam muitos obstáculos para permanecerem na escola e cumprir seu direito à educação. Este é um dos fatores que coloca em risco a realização dessas crianças do seu direito à sobrevivência e

desenvolvimento. No Quênia esses problemas são agravados aparentemente pelo fraco acesso de crianças e adolescentes a informação adequada sobre HIV/AIDS, o que as coloca em altos riscos de contrair o vírus e incapazes de se protegerem. (HUMAN RIGHTS WATCH, 2001).

4.5.2 Casos Específicos

O Relatório ainda acrescenta que no Quênia não é único país com necessidade de reforçar a proteção dos direitos das crianças afetadas pela AIDS, governos ao redor do mundo têm negligenciado as consequências da AIDS em crianças e não conseguem fornecer a proteção necessária de direitos à sobrevivência e desenvolvimento, no entanto, esse fracasso é uma das crises mais duradouras da epidemia do HIV/AIDS, e requer uma maior atenção. A resposta dos governos africanos para a epidemia da AIDS tem sido geralmente inadequada segundo o relatório. Uganda é frequentemente citada como exemplo de um Estado Africano em que os líderes reconheceram logo cedo a ameaça de HIV/AIDS e agiram para impedir a propagação. Em colaboração com a Organização Mundial de Saúde, o governo de Uganda criou em 1986 programas multisetoriais. Em 1993 foram publicadas as taxas de transmissão em declínio naquele país, nessa época chefes de Estado em muitos países da África estavam em silêncio sobre o problema. Apesar das ações rápidas para frear a epidemia, Uganda possui mais de um milhão de crianças órfãs devido a AIDS, a epidemia foi responsável por 110.000 mortes em 1999 (Organização Mundial da Saúde, 2000).

Este nível de destruição se deu em virtude de vários fatores como a pobreza, desintegração das estruturas públicas e sociais e serviços básicos em Uganda depois de anos de guerra civil e seguida das políticas neoliberais. Segundo Rodrik (1996) o Banco Mundial reconheceu que houve um colapso prolongado e inesperado de suas políticas na África Subsaariana, a autocrítica foi publicada no documento: *The World Bank's Economic Growth in the 1990s: Learning from a Decade of Reform*. Uganda, Tanzânia e Moçambique são alguns países citados nesse colapso, após alguns anos depois de implementarem os ajustes, suas economias ainda permanecem frágeis. Nesse relatório, o Banco Mundial reconhece que não há um único conjunto universal de regras, têm que evitar fórmulas pré-estabelecidas, e procurar por melhores práticas que se adequam a cada realidade. (p. 13).

O estudo de Hunter e Williamson (2000) mostra que os programas de serviços sociais dos governos na África Subsaariana são extremamente limitados, as famílias e comunidades é que dão os maiores cuidados às crianças afetadas pela epidemia da AIDS, isso significa a transferência da responsabilidade do governo para as famílias. O corte de gastos limitou os

recursos para que se possa investir na melhoria dos serviços públicos. Na Zâmbia o estudo revela que em 75% das famílias pelo menos um é órfão. Quando as crianças perdem os pais elas ficam com as famílias ou são conduzidas a orfanatos que improvisam para garantir cuidados adequados a esses órfãos. A desnutrição crônica é generalizada, nos orfanatos os responsáveis são predominantemente mulheres pobres com menos acesso à propriedade e ao emprego. Como foi dito anteriormente, as comunidades de apoio e assistência às famílias e crianças afetadas pelo HIV/AIDS são as alternativas para os cuidados em muitos países na região subsaariana.

De certa forma, são serviços necessários porque há poucos orfanatos públicos disponíveis. Como signatários da Convenção das Nações Unidas sobre Direitos das Crianças, é da responsabilidade dos governos nacionais garantirem proteção e cuidados às suas crianças. Para fazer isso eles precisam de recursos suficientes para investir neste aspecto, porém, o que se verifica é diminuição de investimentos em infraestrutura e áreas afins nas décadas de 80 e 90 pela deterioração das condições econômicas. Por esta razão, os governos carecem de ações essenciais para o desenvolvimento de programas e estratégias para órfãos. Muitas agências doadoras prestam pouca atenção no problema, os programas de apoio cobrem um pequeno número de crianças vulneráveis nos países mais atingidos pela epidemia. (HUNTER; WILLIAMSON, 2000; STEWART, 1995).

A África do Sul é outro país na região subsaariana com altos índices de crianças órfãs. Apesar da transição para a democracia e mudanças com o fim do regime de apartheid a situação de epidemia de HIV/AIDS ainda continua sendo uma luta constante na vida dos sul-africanos. A economia após o apartheid foi marcada pelas privatizações e aumento da influência das ONGs. Durante o regime de apartheid as ONGs eram vistas como poder da população branca e motivo de desconfiança por parte dos negros sul-africanos. A nova economia viu as ONGs trabalhando com o Estado para implementação de políticas neoliberais que visavam “capacitar a comunidade local”. De um lado, essa parceria entre o Estado e as ONGs representou uma mudança no foco dos problemas estruturais e sociais para indivíduos e comunidade. Por outro lado, a pobreza generalizada era vista como um problema para resolver a nível da comunidade local. Essa era a estratégia de ANC de mudança radical. (MINDRY, 2008).

O novo modelo neoliberal tem várias implicações para os órfãos na África do Sul. O Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional tinham uma agenda tríplice: privatizações, eliminação de déficits orçamentais e a redução da inflação. O Banco Mundial defendeu a redução do papel do Estado favorecendo o investimento em empresas privadas e diminuição

de salários. ANC foi crítico e rejeitou as sugestões das Instituições Financeiras Internacionais enquanto o Partido Nacional as abraçou. Os sindicatos pressionaram para que as políticas dessas instituições fossem rejeitadas.

Segundo Hanson e Hentz (1999) as privatizações incluíram indústrias e propriedades avaliadas em 18 bilhões de dólares. A implementação de políticas neoliberais desagradou muitos aos sul africanos uma vez que a ANC havia prometido redistribuir riqueza e recursos através de seu Programa de Reconstrução e Desenvolvimento assim que chegasse ao poder. Depois que assumiram o poder ANC adotou GEAR¹⁵, Programa para Crescimento, Emprego e Redistribuição. Este Programa é orientado para o mercado neoliberal internacional transformando a prestação de serviços sociais em um modelo de negócios e redução de custos através das privatizações, medidas destinadas a estabilidade macroeconômica. (MINDRY, 2008). O GEAR foi implementado sob pressão do Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional e do Partido Nacional.

Quando o GEAR foi implementado, mais de mil empregos foram perdidos, diminuiu a construção de moradias, que foram prometidas pelo ANC, observou-se uma crescente desigualdade no acesso aos cuidados de saúde e educação e o aumento da criminalidade. Benatar (2001) argumenta que a ANC substituiu seu plano de Programa de Redistribuição e Desenvolvimento (PRD) para Growth, Employment and Redistribution (GEAR) alegando que foram confrontados com a necessidade de lidar com corporativismo global e sociedade consumista em que o poder da economia de mercado orientado predomina. Os serviços sociais foram seriamente afetados pelas políticas neoliberais. Em 2000, 20% do orçamento foram para os serviços da dívida, 20% para educação e 10% para saúde.

A epidemia lotou hospitais e diminuiu a capacidade para manter adultos e crianças afetadas pelo vírus HIV ou por problemas de saúde relacionados. Na tentativa do governo de atender as demandas do sistema de saúde sem aumentar gastos, serviços para crianças com HIV foram racionadas nos hospitais. Nos hospitais onde não ocorre o racionamento, pacientes se viram obrigados a deixar o estabelecimento por falta de condições e procurar tratamento em casa ou nas suas comunidades. 80% da população sul-africana dependem da saúde pública, o orçamento da saúde é utilizado para fornecer cuidados de saúde a nível primário, secundários e terciários para aquelas pessoas. Essas privatizações na saúde excluíram órfãos que não têm famílias a quem recorrer nem condições para tratamento médico. (DESMOND; GOW, 2002).

¹⁵ GEAR (sigla em ingles) Crescimento, Emprego e Redistribuição.

De acordo com a filosofia operacional do Banco Mundial, o governo é orientado a favorecer e canalizar recursos para orfanatos domiciliários de iniciativa comunitária para diminuir gastos nacionais, em vez de adotar políticas de amplo alcance, como ensino gratuito e cuidados de saúde para os órfãos. O governo sul africano possui três programas de apoio a crianças órfãs: o Child Support Grant, Foster Grant e o Care Dependency Grant. Esses programas não alcançam a maioria das crianças órfãs. O Child Support Grant, por exemplo, é focado em crianças de zero a seis anos de idade, sendo que a maioria dos órfãos estão entre seis e dezenove anos. Apesar desses programas, o foco do governo é dar apoio financeiro às famílias, o que supõe que todos os órfãos estão sob cuidados familiares. Segundo Desmond e Gow, (2002) 94% das instituições governamentais de apoio aos órfãos sul africanos foram fechadas devido a falta de financiamento.

No Zimbábue após uma prolongada luta pela independência em 1980, Robert G. Mugabe tornou-se o primeiro presidente do Zimbábue, antiga Rodésia. A ideologia do partido Zanu-PF é estruturada em torno do socialismo marxista-leninista, suas políticas são centradas na distribuição da riqueza para os pobres através da atribuição de recursos para saúde pública, educação e criação de emprego. O Estado tomou uma decisão política de contar com o seu povo e confiar nos fundos dos doadores, o Fundo Monetário Internacional era visto como um agente neutro pelo Estado, ajudaria apenas nos problemas de equilíbrio temporário de pagamentos e necessário para atrair capital estrangeiro. O primeiro contato com Fundo Monetário Internacional em 1983 foi problemático, o governo esperava receber em crédito 375 milhões de dólares zimbabuanos, o presidente Mugabe concordou em desvalorizar a moeda do país, reduzir gastos e eliminar os subsídios. No entanto, ele não conseguiu cumprir os critérios de redução orçamental e o FMI por sua vez suspendeu o empréstimo e negócios por oito anos. (TANDON, 2008).

Durante os anos 80, os gastos do Estado com educação, saúde e outros programas sociais sobrecarregou as finanças, essa foi um dos motivos pelo qual o governo pediu ajuda ao FMI em 1991 com a promessa de obedecer as condicionalidades do FMI adotando o Programa de Ajustamento Estrutural. Não estava previsto envolver os ministérios de educação ou saúde e outros serviços sociais nos programas de ajustes, a decisão de adotar as políticas do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional veio de bancos comerciais e do ministério das finanças. Os funcionários dessas instituições eram na sua maioria da elite branca, que de certa forma beneficiariam dos programas de ajuste. A camada mais vulnerável da sociedade simplesmente sofria as consequências. (GIBSON, 2009).

Segundo Gibson, entre 1990 a 1996 a pobreza se agravou no Zimbábue, principalmente nas zonas rurais, nas áreas urbanas, a pobreza foi associada ao ajuste econômico estrutural pela perda do emprego de trabalhadores qualificados. As políticas de Ajustes estruturais provocaram a alta taxa de desemprego no setor público. O desemprego e a pobreza rural afetaram direta ou indiretamente as crianças pelo fato dos pais cortarem as despesas familiares como as mensalidades, alimentação adequada e cuidados de saúde. A nutrição familiar foi prejudicada devido à perda de renda e o aumento dos preços dos alimentos. Órfãos que vivem com membros da família estão suscetíveis a essas mudanças econômicas e os orfanatos públicos dependem de ações do Estado.

As políticas neoliberais tiveram também seus impactos particulares na Zâmbia, o país implementou os ajustes na década de 1980, diminuiu salários para conter a inflação. A renda per capita em 1980 era de 600 dólares americanos, em 1986 caiu pra 70 dólares. Durante esse período a inflação subiu 60% e a taxa de desemprego aumentou de 14 para 25. O então presidente Kaunda e seu partido UNIP (United National Independency Party) romperam com o programa do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional em 87, denominaram às políticas da instituição de políticas neo-coloniais. O rompimento do governo com as instituições financeiras alegando o aumento dos encargos da dívida, fez a Zâmbia pagar um preço alto por isso, pois seus parceiros e doadores multilaterais e bilaterais recuaram tornando impossível qualquer tipo de crescimento. (HANSON e HENTZ, 1999).

Em 1991 o Movimento pro-neoliberal para a Democracia Multipartidária elegeu o Presidente Chiluba. Ele reatou os laços com Banco Mundial e FMI, desvalorizou a moeda, liberalizou o comércio, cortou gastos sociais, privatizou serviços e empresas, adotou medidas anti-inflação, aumentou as taxas de juros e a promoção da economia de exportações levou a desregulamentação. Assim, os cortes de gastos sociais afetaram consequentemente o setor da educação, serviços de saúde, água, saneamento, fornecimento de energia elétrica, estradas e transportes. (JERE-MWIINDILIA, 1994).

De modo evidente, as políticas neoliberais são destinadas a estabilização macroeconômica dos países em crises. Os pressupostos do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional sobre cuidados prestados aos órfãos, famílias e orfanatos estão praticamente a margem do foco dessas instituições. Enfrentar uma crise e ignorar outra é insustentável, a atenção aos órfãos exige uma mudança na teoria econômica e política. O individualismo neoliberal proíbe imaginar que há crianças dependentes de serviços públicos como saúde, educação e alimentação. Uma vez que esses serviços se tornam inacessíveis, as consequências são trágicas. Os órfãos não são indivíduos que possam participar no mercado,

não podem contar com os pais para protegê-los e garantir seus direitos e necessidades. Supostamente, as políticas neoliberais assumem que a melhor opção de cuidados para os órfãos é nas suas famílias.

Como foi evidenciado, nos três países da região subsaariana, África do Sul, Zimbábue e Zâmbia, as famílias geralmente são incapazes de lidar e manter a quantidade de crianças órfãs sob suas responsabilidades. Isso ocorre porque as famílias se deparam com dificuldades financeiras e os cuidadores nos orfanatos muita das vezes são pessoas idosas. Os órfãos que vivem com suas famílias tendem a apresentar menores taxas de frequência escolar. Além disso, são discriminadas e estigmatizadas pelos familiares, muitas das vezes acabam vivendo na rua tornando se vulneráveis a delinquência. Com orçamentos apertados devido às políticas neoliberais, os países da África subsaariana não possuem recursos suficientes para tornar acessíveis serviços básicos de saúde, educação e habitação para os órfãos.

Uma mudança ou uma reorganização estratégica das políticas de inclusão voltadas para a população e políticas ou medidas globais mais justas seria o ideal para que a vidas das pessoas se tornem melhores nesses países. É necessária uma reforma nas políticas neoliberais incluindo disposições para a segurança humana, saúde pública e educação. Tal como foi dito por Sen (2007), ter uma população saudável e educada é decisivo para alcançar o progresso e o crescimento econômico.

5 INFRAESTRUTURA FÍSICA E RECURSOS HUMANOS

A AIDS é considerada pelos estudiosos uma crise de saúde sem precedentes. A sua expansão constitui um grande desafio para a saúde pública e para enfrentá-la é necessário melhores infra-estruturas: transporte, pessoal com formação, gestão dos serviços de saúde adequados e articulados para melhor responder ao problema. À medida que os orçamentos de saúde sofrem cortes vai aumentando o número de doentes com AIDS, nesse ambiente com poucos recursos, a economia e a sustentabilidade dos serviços são preocupações primordiais. Neste sentido, o presente capítulo discute como esse ambiente de recursos escassos afetou as infra-estruturas e equipamentos no setor da saúde na África Subsaariana no período em que os países dessa região tiveram que adotar reformas neoliberais para o setor como demissões, salários baixos, falta de condições de trabalho e a perda de direitos trabalhistas. Esses fatores induziram de certa forma a migração de profissionais do setor em busca de melhores salários e condições de trabalho. O capítulo também discutirá as implicações dessa migração de médicos e enfermeiros a partir de uma perspectiva da redução do capital humano, um dos fatores importantes no combate à epidemia do HIV/AIDS.

5.1 Situação dos equipamentos

Jackson (2004) observa que os hospitais enfrentam a escassez de equipamentos e medicamentos, carências de manutenção, expansão inadequada, insuficiente, planejamento deficiente e falta de pessoal. Os recursos dos governos africanos para saúde e o custo elevado de tratamento de pacientes com AIDS aumenta seu tempo de permanência nos hospitais, este fato, pesa de certa forma nas despesas públicas para a saúde. As despesas anuais para a saúde na África Subsaariana geralmente não ultrapassam US\$10 por pessoa, o que nem de longe é suficiente para atender às necessidades básicas de saúde dos soropositivos. Por exemplo, no Zimbábue o orçamento per capita caiu de US\$22 em 1990 para US\$11 em 1996. (STRUCTURAL ADJUSTMENT PARTICIPATORY REVIEW INTERNATIONAL NETWORK, 2002, p. 151). As famílias são obrigadas a pagarem uma taxa para que seus parentes doentes de AIDS sejam admitidos nos hospitais, e ainda, o certificado de isenção fornecido pelo Escritório de Desenvolvimento Social para famílias assalariados de baixa renda já não vale mais, como sublinha Jackson (2004).

A epidemia do HIV/AIDS e a decorrência da execução das políticas de ajuste contribuíram para a crise no setor de saúde no Zimbábue, pois as condições dos hospitais não suportam a demanda dos serviços. Estima-se que mais de 2.000 vítimas de AIDS morrem por

semana por falta de leitos suficientes nos hospitais. (STRUCTURAL ADJUSTMENT PARTICIPATORY REVIEW INTERNATIONAL NETWORK, 2002). Os pacientes que sofrem de doenças relacionadas à AIDS ocupam mais da metade dos leitos hospitalares nos países mais afetados pela epidemia. O Ministério da Saúde e Serviços Sociais da Namíbia revela um aumento nas baixas hospitalares por motivos relacionados à AIDS, de 355, e em 1993, para 6878 em 1999. As mortes causadas pela AIDS totalizaram 47% de todas as mortes hospitalares nesse ano nas pessoas com idade entre 15 aos 49 anos. (JACKSON, 2004).

Depois de uma década dos programas de ajustamento, o Banco Mundial (1994) fez um levantamento sobre a situação das infraestruturas e dos equipamentos em vários países na África Subsaariana. Porter (1992) citado pelo Banco Mundial (1994) constata que na Tanzânia apenas 660 dos 1.800 dispensários públicos rurais se encontravam em boas condições de funcionamento, o resto estava em más condições. Em 15 hospitais públicos no Quênia, 40% do equipamento dos blocos operatórios não funcionava e alguns se encontravam em condições não satisfatórias. Guiné Equatorial possui uma larga rede instalações de saúde na maioria dos pequenos vilarejos que necessitam reparações para voltar a funcionar.

O estudo de Erinsho (1991) também citado pelo Banco Mundial (1994) mostra que os equipamentos de saúde estavam igualmente degradados, na Nigéria, onde um terço do equipamento de diversas instituições de saúde estava sem utilização. Nos hospitais e as maternidades do setor público apenas 5 a 8% do orçamento é que o governo conseguia destinar para manutenção, transporte e abastecimento. Em Uganda 20% do equipamento estava em condições de funcionar, cerca de um terço dos remanescentes 80% valia a pena ser reparado. Os veículos estavam parados pela escassez de combustível, falta de manutenção e de reparação. Em Gana a maioria dos veículos do Ministério da Saúde estava inoperante em 1990. No Lesoto, as instalações hospitalares estavam degradadas. Na Tanzânia, em finais dos anos 80, o orçamento para manutenção dos estabelecimentos de saúde era menos de 1%.

O Banco Mundial (1994) alega que o problema da manutenção é agravado pelo compartilhamento de responsabilidades, porque a manutenção, muitas das vezes é atribuída a outros ministérios. O governo dá pouca prioridade à formação do pessoal encarregue da manutenção, o que agrava ainda mais a deterioração das infraestruturas físicas. Ainda sublinha que no Senegal o pessoal da manutenção não satisfaz as demandas porque não possuem as qualificações necessárias e por não serem adequadamente supervisionados. No Zimbábue o número dos técnicos de reparação é menor do que seria necessário. Assim, esses fatores ocasionam a mediocridade da manutenção impedindo que os países africanos de

expandirem as infra-estruturas do setor de saúde. O Banco Mundial ainda analisa que esses fatores evidenciam também a falta de planejamento e coordenação dos governos africanos.

Para atingir os objetivos de uma saúde melhor na África, o Banco Mundial parte do princípio de que é necessário reforço de gestão das infraestruturas e dos equipamentos. Uma medida concreta para alcançar os objetivos seria estabelecer normas, construir provisões orçamentais para os custos de manutenção e de funcionamento nos estabelecimentos de saúde pública. Os recursos financeiros para fornecer serviços básicos são absorvidos muitas vezes pelos excessivos custos e ineficiência das atividades hospitalares. Os governos deveriam priorizar a utilização eficiente das tecnologias nos hospitais urbanos, o que não ocorre na realidade (BANCO MUNDIAL, 1994).

Em um estudo mais recente, Sama e Nguyen (2008) observaram que é evidente a ineficiência da alocação dos recursos e a má gestão. Falta de incentivos para o pessoal de saúde, a ausência e precariedade das infraestruturas essenciais, associado a profundos cortes orçamentais no setor da saúde tem resultado no fraco funcionamento dos estabelecimentos de cuidados de saúde pública. Essas questões contribuíram para o crescimento da epidemia do HIV/AIDS. No Zimbábue o orçamento público para saúde caiu 2,1% do PIB em 1990, e 3,1% em 1996. Como observa o relatório da Structural Adjustment Participatory Review International Network, o orçamento geral para o setor da saúde não é suficiente para atender as necessidades básicas nem tampouco para a manutenção das infraestruturas hospitalares. O fardo da dívida externa do país é outro aspecto analisado pelo relatório como crucial nas despesas do Estado. A qualidade da prestação dos serviços de saúde caiu 30% em 1993 quando comparado com período pós a independência. No hospital de Harare o número de mulheres que morreram durante parto em 1993 foi duas vezes maior do que em 1990 antes do ajustamento. A situação piorou na década de 80, quando os hospitais distritais e várias clínicas do governo foram fechados em decorrência da falta de verba para mantê-las.

A experiência de Uganda é um caso particular, muitas vezes citado pelo Banco Mundial e FMI como o exemplo do sucesso. Em 1986 o governo de Uganda enfrentou desafios de reconstruir uma economia devastada pelos regimes ditatoriais de Idi Amin e Milton Obote. Entre 1971 e 1986, a economia de Uganda teve sérios problemas, no entanto, nos dez anos que se seguiram (entre 1986-1996), implementou-se os ajustes em 1987, e o PIB per capita cresceu cerca de 40%. Durante o período de ajuste estrutural do FMI, os gastos públicos com saúde aumentaram à medida que os gastos do governo subiram em geral. (CARTER FOR ECONOMIC AND POLICY RESEARCH, 1999). Porém, a Structural Adjustment Participatory Review International Network (2002) observa que as despesas do

governo de Uganda para saúde têm oscilado consideravelmente no período dos ajustes e reformas, nos últimos anos foi verificado vários declínios. O primeiro declínio de 2,6% para 0,8% dos gastos de governo foi verificado entre 1987/88 e entre 1992/93, em seguida um aumentando para 5,7% em 1995/96, novamente caiu 4,3% em 1997/98.

A situação dos estabelecimentos somados ao baixo incentivo na qualidade dos serviços tem deslocado os profissionais de saúde nas zonas rurais para as áreas urbanas. Há uma enorme disparidade nos profissionais de saúde qualificados em áreas urbanas e rurais. Por exemplo, no Quênia, 85% dos médicos exercem no capital, Nairobi (COUNCIL ON FOREIGN RELATIONS, 2008). Os médicos se concentram nos centros urbanos, enquanto que muitas unidades de saúde rurais permanecem sem médicos. Em vários casos, as instalações de saúde que atendem áreas pobres, em particular, permaneceram longos períodos sem medicamentos em estoque. O pessoal qualificado opta por trabalhar nas áreas urbanas onde têm acesso as clínicas privadas em que eles podem obter renda adicional exercendo outras atividades para melhorar seus baixos rendimentos.

5.3 Fuga de Cérebros

De acordo com Solimano (2003) e Lopes (2005) o tema da mobilidade do capital humano e fuga de cérebros permaneceram adormecidos na literatura acadêmica e política nas décadas de 1940 e 1950 e voltaram ativamente nos debates em 1960 até os fins dos anos 1980. Duas visões dominam as posições sobre essa questão. A primeira delas é a internacionalista, que defende a migração internacional de quadros altamente qualificados como um veículo para melhorar a eficiência da economia global. A segunda visão, a nacionalista, está preocupada com os impactos negativos do desenvolvimento nacional pela saída do capital humano para as economias avançadas. Por outro lado, o autor observa que na economia do século XXI, o debate deveria ser estruturado no sentido da mobilidade de capital humano contribuir para construção do conhecimento e desenvolvimento da tecnologia num mundo com desigualdades entre países possibilitando sua capacidade de gerar e ter acesso ao conhecimento. Mobilidade de capital humano consiste no movimento de cientistas, engenheiros, executivos e outros profissionais para fora de seus países de origem. São pessoas com talentos especiais, altas habilidades e conhecimento especializado em áreas científicas.

Em relação aos países em desenvolvimento, a mobilidade do capital humano tem sido uma preocupação e, por vezes, uma possibilidade. Os países em desenvolvimento incentivam seus estudantes a irem se formar no exterior, geralmente nos Estados Unidos ou na Europa,

como forma de adquirir altos conhecimentos, oportunidade de emprego e servir de base para os recursos humanos do seu país. Por outro lado, depois de formados, a preocupação surge quando esses profissionais deixam seus países onde seus talentos são necessários para o desenvolvimento econômico do país. Especificamente na África Subsaariana a fuga de cérebros vem sendo uma questão descrita na literatura como um sério problema que ameaça o desenvolvimento. O Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento e a Rede Africana das Acadêmicas de Ciência¹⁶ também manifestam sua preocupação argumentando que a fuga de cérebros representa uma perda significativa de potencial econômico para o continente africano, especialmente na sociedade global de hoje, onde o conhecimento científico conduz ao desenvolvimento. Dentre outras consequências da fuga de cérebros, a declaração da rede sugere apoio a reconstrução das universidades e centros de pesquisa na África. Com o intuito de superar o fenômeno da fuga de cérebros, é necessário a construção de infraestruturas de pesquisa que incentive e permita aos quadros nacionais se engajarem em pesquisas de classe mundial. (BHAGWATI; HAMADA 1974).

Na última década tem aumentado a demanda global por indivíduos qualificados, como afirma Solimano (2003), o principal destino é os Estados Unidos, 40% de sua população de origem estrangeira têm ensino superior. Desde o início de 1990 cerca de 900.000 profissionais qualificados de países em desenvolvimento migraram para os Estados Unidos através do programa de vistos H1-B (visto temporário destinado a profissionais estrangeiros que lhes permite trabalhar nos Estados Unidos por até seis meses) para profissionais altamente qualificados. A dimensão do impacto nos países em desenvolvimento do fluxo da mobilidade de capital humano varia de região para região. Na África, a Organização Internacional para Migração (OIM), estima que cerca de 19,3 milhões de profissionais vivem e trabalham na Europa e América do Norte. Os países com altos índices de imigrantes são a Nigéria, Etiópia, África do Sul, Gana, Costa do Marfim, Haiti, Moçambique, Quênia, Uganda, Angola, Somália, El Salvador Sri-Lanka. Nesses países, segundo o autor, as consequências dessa migração em grande escala de médicos, é que os mais pobres são obrigados a procurar tratamento em curandeiros tradicionais, enquanto a elite voa para o estrangeiro para exames médicos. Dentre os países com maiores números de imigrantes qualificados, dez são da África Subsaariana (COUNCIL FOREIGN RELATIONS, 2008.).

¹⁶ Network of African Science Academies NASAC – Sigla em ingles. A rede manifestou sua preocupação sobre a Fuga de Cérebros na África e apresentou uma Declaração aos de Chefes de Estados e Governos na Cimeira de G-8 na Itália em Junho de 2009.

Segundo Aedo (2002) alguns países africanos investem muito no ensino superior e perdem cerca de 4 bilhões de dólares devido a emigração de profissionais altamente qualificados que buscam melhores empregos no exterior. A Organização Internacional das Migrações estima que cerca de 27.000 africanos altamente qualificados deixaram seus países entre 1960 e 1975, e durante o período de 1975 a 1984 a quantidade de imigrantes aumentou para 40.000. Desde 1990 a organização estima que quase 20.000 imigrantes deixam o continente anualmente. Aedo (2002) ainda observa que esta emigração de profissionais tem entre vários outros efeitos, a própria dificuldade de formar uma classe média de pessoas educadas, um fator de estabilização na maioria das sociedades.

De acordo com Lopes (2005) hoje, o debate consiste em dar ênfase às abordagens sobre o ganho de cérebros, em contraposição à fuga, a idéia de que cérebro qualificado é um ativo potencial e não uma perda definitiva. As medidas restritivas passaram a ser vistas sob outras lentes, a questão não é mais como reduzir a emigração qualificada, mas como a fuga pode ser transformada em ganho. Esses efeitos positivos são as remessas, oportunidade de exportação, fluxos de conhecimento e colaboração, migração de regresso com educação estrangeira, experiência de gestão, laços fortalecidos com instituições de pesquisa e acesso a redes globais, afirma o autor.

5.4 Argumentos do Banco Mundial

Para Banco Mundial a migração de profissionais altamente qualificados possui efeitos positivos considerados importantes para os países de origem e da mesma forma para os países receptores. Acredita que a migração internacional de pessoas altamente qualificadas reduz a pobreza em países em desenvolvimento. As remessas dos emigrantes contribuem para a redução da pobreza. Ozden (2006) assinala que esses países de baixa renda produzem milhões de imigrantes e o rendimento de suas famílias é mais elevado do que aquelas famílias sem imigrantes. O autor afirma que as remessas aumentam os gastos dessas famílias em educação, saúde e etc. As remessas foram estimadas em cerca de 225 bilhões de dólares em 2005, constituindo a maior fonte de divisas em muitos países e tem grandes implicações para as estratégias de redução da pobreza nas nações em desenvolvimento.

Por outro lado, considera-se importante a presença de redes de migrantes no país de destino como forma de incentivar a migração ao mesmo tempo de proporcionar contatos necessários para encontrar emprego. Em maior escala, o estudo salienta que a migração aumenta a produção econômica global, permitindo aos trabalhadores se deslocarem para

locais onde eles são mais produtivos, e como resultado, ganham salários muito mais elevados do que teriam ganhado em seus países de origem. Uma grande parte desses ganhos econômicos volta para seus países aumentando a renda familiar que por sua vez investe na educação de outros membros e em pequenos empreendimentos. (OZDEN, 2006).

Em relação ao êxodo maciço de profissionais qualificados de alguns países vulneráveis do mundo como América Central, África Subsaariana, bem como algumas nações e ilhas no Caribe e do Pacífico, mostram altas taxas de migração entre os profissionais de mais de 50% se comparado com países como China, Índia e Brasil, dos quais apenas 3 a 5% dos diplomados vivem fora dos seus países de origem. Em Serra Leoa e Gana cinco em cada dez pessoas que têm diplomas universitários vivem fora do seu país. A abordagem do Banco Mundial sugere incentivos que reduziriam a perda de habilidades muito necessárias, possivelmente por aumentar a cooperação entre países emissores e receptores de quadros qualificados através da introdução de políticas que aumentem a renda potencial para esses profissionais em seus países de origem. A análise do Banco Mundial também mostra que imigrantes qualificados nos Estados Unidos muitas vezes não conseguem obter empregos que correspondam a seus níveis de educação nos seus países e isso indica um “desperdício de Cérebros” no sentido do profissional não exercer na prática sua profissão. (OZDEN, 2006).

Especialistas em desenvolvimento e economistas do Banco Mundial criticam o impacto negativo da fuga de cérebros na região. Suas pesquisas sobre migração e trabalhadores qualificados apontam que esse fenômeno pode, através das remessas, ser benéfico para a África. Os economistas do Banco Mundial, Easterly e Nyarko (2008) afirmam que as remessas para África, em média, são equivalentes a 81% da ajuda externa que um único país recebe. Para estes economistas as remessas de imigrantes qualificados para as suas famílias na Guatemala, México e Filipinas ajudou a reduzir a pobreza nesses países. No entanto, concluem afirmando que não encontraram qualquer efeito negativo da fuga de cérebro e nem no nível do crescimento, justificam que encontraram muitas razões para pensar que os indivíduos estão em melhores condições por causa da fuga de cérebro, incluindo tanto os imigrantes quanto suas famílias. Os autores observam que as remessas devem ser vistas como forma de compensar os países pobres na medida em que os ganhos voltam para os países de origem. Em suma, eles acreditam que a fuga de cérebro pode ser extremamente benéfica para África.

5.5 Os efeitos da fuga de cérebro no setor da saúde

A migração de profissionais de saúde qualificados, em particular, afeta negativamente a prestação de cuidados de saúde na África Subsaariana, segundo especialistas em saúde pública. Os sistemas de saúde na África se deparam principalmente com a escassez médicos, técnicos, enfermeiros, pesquisadores e gestores de programa. Em Gana 60% dos médicos formados nos anos 80 deixaram o país. Estima-se que em vinte países africanos, 35% de médicos graduados vão para o exterior. No Zimbábue $\frac{3}{4}$ dos médicos emigram no primeiro ano depois de obter seus diplomas, 1.500 dos 3.000 assistentes sociais partiram para Reino Unido durante os últimos 10 anos. Os hospitais americanos recrutam milhares de enfermeiros do Caribe, das Filipinas, da Índia e da África. (NIAG, 2008)

Em um estudo recente, a *British Medical Journal* (2011) mostra que há países na África Subsaariana que investem na formação e treinamento de médicos e especialistas, mas acabam perdendo cerca de US\$ 2 bilhões porque depois de formados esses médicos e especialistas deixam os seus países de origem em busca de melhores condições de emprego no exterior. Conforme o artigo, a África do Sul e Zimbábue são países que mais foram prejudicados com emigração de médicos. Os destinos escolhidos muita das vezes são Austrália, Reino Unido, Estados Unidos e Canadá.

Citado no estudo da *British Medical Journal* (2011) Chefe do Departamento de Saúde Global da Universidade de Ottawa, Edward Mills, fez um apelo aos países desenvolvidos para que reconheçam esse desequilíbrio e oferecessem ajuda para tentar desenvolver sistemas de saúde nos países que mais sofrem com os déficits de médicos para que esses não precisem abandonar suas terras. Especialistas argumentam que a problemática da fuga de cérebros agrava ainda mais os problemas da saúde pública nos países em desenvolvimento, sobretudo nos países africanos que lutam contra epidemias como a do vírus de HIV/AIDS e as doenças relacionadas, como tuberculose, malária etc.

Os relatórios do Programa das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (2010) revelam que a África Subsaariana continua sendo a região mais afetada pelo vírus do HIV, 68% dos 34 milhões de pessoas portadoras do vírus HIV vivem nessa região. Edward Mills declarou ao jornal britânico que nos países ricos, (principal destino dos imigrantes), menos médicos estão sendo treinados e acabam precisando de médicos imigrantes para dar conta desse déficit. Os países em desenvolvimento estão investindo em treinar médicos que servirão de suporte para serviços de saúde de países desenvolvidos, quando a maioria dos problemas de saúde prevalece na África. De acordo com a *British Medical Journal* (2011) a emigração de quadros

africanos gera cerca de 2.7 bilhões de lucro para o Reino Unido e 846 milhões de dólares para os Estados Unidos.

Segundo Lopes (2005) os países da União Européia conhecidos pelas suas leis que repelem imigrantes, se flexibilizaram adaptando-as ao modelo americano e canadense. A Alemanha ofereceu mais de 20 mil empregos; até 2005, a Irlanda estava disposta a receber 32 mil; a França quer mais de 10 mil; a Itália precisa de 8 mil e outros necessitam cerca de 10 mil. Os Estados Unidos considerado país mais bem sucedido em atrair cérebros do exterior, aumentou o número de emissões de vistos H1B, de 1994 a 1998, passando de 106 mil para 240 mil em 1998. Da mesma forma, na Austrália cresceu o número de imigrantes admitidos através do Programa de Residentes Qualificados Temporários entre 1992 e 1998 de 15 mil para 37 mil. O autor explica que essa tendência é devido à economia global que é baseada em conhecimento e cada vez mais depende de habilidades científicas e tecnológicas.

Os Estados Unidos, em 2008, possuía 126.000 enfermeiros menos do que necessitava e os números do governo americano revela que o país poderá enfrentar uma escassez de 800.000 enfermeiros em 2020. Devido a essa escassez, as nações desenvolvidas lançaram um maciço recrutamento internacional. Na província rural de Saskatchewan, no Canadá, mais de 50% dos médicos são estrangeiros, pelo menos um em cada cinco dos 1.530 médicos da província adquiriu seu diploma de médico na África do Sul (AFRICAN RECOVERY, 2003; COUNCIL ON FOREIGN RELATIONS, 2008).

Em 2004 o Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento revelou que a alguns governos africanos investem elevadas porcentagens dos seus gastos em educação e treinamento de médicos durante toda a vida acadêmica, mas não obtém o retorno desses investimentos porque os médicos africanos preferem buscar emprego no exterior. (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA DESENVOLVIMENTO, 2004). Apesar do pequeno tamanho absoluto dos orçamentos do governo em relação às necessidades da população, vê-se porque muitos têm se preocupado com a fuga de cérebros na África. (EASTERLY; NYARKO. 2008). Na tabela 4 que temos em porcentagem os gastos públicos em educação em alguns países da África Subsaariana pesquisados pelo Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento.

Tabela 4: Gastos Totais dos Governos Africanos em Educação e no Ensino Superior de 1990 -2001

Países	Gasto total do Gov. em Edu. (%)	Gastos no Ensino Superior (%)
Angola	10.7%	-
Algéria	21.1%	3.7%
Botsuana	17%	-
Burundi	16.7%	22%
Camarões	19.6%	29.5%
Congo	14.4%	-
Etiópia	9.4%	12.1%
Gâmbia	14.6%	17.8%
Suazilândia	19.5%	26%
Tunísia	13.5%	18.5%
Gana	24.3%	11%
Quênia	17%	21.6%
Malawi	11.1%	20.2%
Níger	18.6%	-
Senegal	26.9%	24%
Togo	26.4%	29%
Zâmbia	8.7%	-
Marrocos	26.1%	16.2%
Tanzânia	11.4%	-
Uganda	11.5%	-

Fonte: Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento, 2004.

Conforme mostra a tabela 4, a proporção de despesas pública em educação gasto no ensino superior é consideravelmente alto em países como Camarões (29,5%), Togo (29%), Quênia (21,6%), Senegal (24 %) e Malawi (20,2%). Quase metade dos cidadãos com algum nível de escolaridade vive no exterior, enquanto um em cada três angolanos qualificados reside fora do país, onde muitos governos subsidiam pesadamente o ensino superior. Assim, consideramos que a fuga de profissionais da saúde e das outras áreas de conhecimento prejudica o desenvolvimento do continente da forma como esse fenômeno impossibilita conseguir um renascimento africano sem as contribuições dos próprios africanos talentosos que residem no exterior.

5.6 Médicos Estrangeiros

Dado a escassez de mão de obra local qualificada na região subsaariana, os governos africanos gastam cerca de 4 bilhões por ano para contratar trabalhadores estrangeiros qualificados para atuarem na região. (COUNCIL FOREIGN RELATIONS, 2008; ÁFRICA RECOVERY, 2003). Essa escassez de quadros na região com fortes raízes locais para realizar projetos de desenvolvimento torna improvável que a região avance de forma sustentável. Os especialistas em saúde pública alegam que a fuga de cérebros em áreas médicas tem contribuído para um declínio nos indicadores de saúde em vários países africanos. (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA DESENVOLVIMENTO, 2004).

Segundo Lopes (2005) em 1993 o tema do relatório do Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento sobre desenvolvimento humano era a eficácia da cooperação técnica. O Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento observou a crescente preocupação entre os especialistas em desenvolvimento na África para expatriar pessoal técnico décadas após a independência. O relatório de Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento aponta que apesar dos grandes esforços para treinar os nacionais os resultados não foram satisfatórios. Em Burquina Faso, o Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento observou que 800 estrangeiros com diplomas universitários foram empregados no país em 1990, enquanto um número equivalente de burquinábés com diplomas universitários estavam desempregados. Muitas vezes doadores e governos africanos são demasiadamente rápidos em trazer especialistas do exterior, e não explora os recursos disponíveis nos respectivos países, relatou o Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento.

O Banco Mundial (1994) alega que não há correspondência entre os programas de formação e as necessidades para a saúde. Explica que em alguns países na África, a formação médica continua a ser orientada para o trabalho clínico e para a prática hospitalar, os centros de formação foram mal concebidos na Etiópia, o país se depara com sérios problemas de manutenção e fiscalização. Na Guiné, a qualidade de formação em saúde é considerada medíocre de acordo com o Banco Mundial. Essa mediocridade se revela pela fraqueza do ensino secundário, o corpo docente e as instituições são insuficientes e os programas são desajustados. No Zaire, o Banco Mundial constata que devido a degradação das instalações e dos equipamentos houve uma diminuição ao longo dos anos 80 da qualidade da formação médica. (BANCO MUNDIAL, 1994). Esses fatores, segundo a análise do Banco Mundial são as principais causas da fraqueza do nível de formação dos médicos africanos e defende a presença de médicos e técnicos estrangeiros nos países que julga haver médicos e técnicos

com formação inadequada. E mais, alega-se ainda que os governos africanos devam cortar os subsídios atribuídos à formação e a residência médica e rever os programas de ensino.

Verificamos que a dependência dos médicos estrangeiros cria desequilíbrio entre os efetivos do setor de saúde em muitos países africanos. A reforma potenciou um contexto que não favoreceu o esforço dos Estados em prol da educação. Os constrangimentos orçamentais induzidos no sentido do restabelecimento da economia mundial, os Programas de Ajustamento Estrutural comprometeram o desenvolvimento de certos programas que afetaram a qualidade do ensino e a eficácia do sistema, conforme observa Monteiro e Martins (1996). Os autores explicam que o fato dos ajustes estruturais não contemplar os setores sociais no momento da sua concepção, a liberalização econômica impôs ao sistema educativo um esforço de reestruturação institucional para que este se acomode às alterações estruturais do mercado. O PAE teve impacto no sistema educativo de modo que uma profunda mudança pautado nos princípios do mercado, pode trazer efeitos nos demais setores, nos quais mantém uma interdependência.

São muitos os estrangeiros que trabalham no setor da saúde na maioria dos países da África, no âmbito de programas verticais patrocinados por doadores. Alguns chegam a desempenhar funções de responsabilidade médica distrital, como no caso da Suazilândia, Lesoto, Malawi e Botsuana. Outros são atribuídos a cargos de assistência técnica especializada ou de consultores. Em Ruanda em 1985, 60 dos 247 médicos e 130 dos 337 enfermeiros de nível superior eram estrangeiros. No Zaire, um terço dos 2.500 médicos não era zairense. No final de 1986 em Moçambique, mais da metade dos médicos que exerciam sua atividade eram estrangeiros. No Burundi, 40% dos médicos em serviço nos estabelecimentos de saúde no final de 1980 também eram estrangeiros (BANCO MUNDIAL, 1994). O Banco Mundial, no entanto, defende a presença desses profissionais nesses países.

Estudos mostram que cidadãos altamente qualificados são considerados um potencial recurso econômico para seus países de origem. Muitos tendem a migrar para a Europa Ocidental e América do Norte e recebem o regresso a casa pelas crises econômicas e políticas que têm atormentado o continente ao longo das últimas décadas. Economias em crise, altas taxas de desemprego, abuso dos direitos humanos, os conflitos armados e a falta de serviços sociais adequados, tais como saúde e educação, são alguns desses fatores. (AFRICAN RECOVERY, 2003; LOPES, 2005).

A African Recovery (2003) analisa que a tendência da fuga de cérebros africanos deve se manter. Com a queda nas taxas de natalidade no mundo ocidental, o envelhecimento da sua população, a demanda por trabalho no Norte tende a crescer, mão-de-obra jovem em idade

produtiva são necessários para manter a produtividade. Nos países mais pobres, milhões de pessoas continuarão a buscar oportunidades nos países mais ricos para encontrar empregos mais bem remunerados e elevar seus padrões de vida. E num mundo globalizado, onde o paradigma econômico dominante promove a livre circulação de capitais, torna-se cada vez mais difícil restringir a livre circulação de profissionais qualificados.

Embora seja um enorme desafio, alguns governos africanos como África de Sul, Nigéria, Quênia, Zâmbia, Gana e Libéria estão tomando providências com apoio do NEPAD - Nova Parceria para Desenvolvimento da África, União Africana, a Rede Sul-Africano de Habilidades no Exterior – SANSA (sigla em inglês - The South African Network of Skills Abroad) e outras organizações africanas traçando estratégias, incentivando o regresso dos seus profissionais através da promoção da transferência de tecnologia, e tentando reter os talentos que se encontram no país criando condições na medida do possível.

Observa-se que mesmo que esses médicos estrangeiros sejam muito qualificados e dedicados, a desvalorização dos nacionais a favor dos estrangeiros pode prejudicar a criação de um quadro estável de recursos humanos nacional no setor de saúde. Apesar do Banco Mundial reconhecer essa desproporção em relação aos médicos nacionais, julga relevante que toda a situação poderá ser corrigida e melhorada no âmbito dos programas de reforma do sistema de saúde. A predominância da propagação da epidemia do HIV/AIDS na região subsaariana somada a falta de serviços médicos suficientes e adequados, a escassez de enfermeiros e médicos impossibilita qualquer tentativa de resposta eficaz à epidemia do HIV/AIDS.

A recessão orçamentária a que a maioria dos países da região subsaariana foi submetida a partir da década de 80 e a recente crise financeira internacional que reduziu os financiamentos voltados a essa questão, levaram esses países a reavaliar seus compromissos com os programas de combate ao HIV/AIDS. Além disso, é igualmente importante levar em conta às mudanças estruturais verificadas nos anos 80 que expuseram à deficiência dos sistemas de saúde, incluindo capacidade de recursos humanos, infraestrutura física, as cadeias de fornecimento de medicamentos e sistemas de informação. Esses percalços têm impedido uma resposta satisfatória em relação à dimensão da epidemia.

6 ESTUDO DE CASO - GUINÉ-BISSAU

6.1 Apresentação das características sócio-econômicas e demográficas

A população de Guiné-Bissau é de cerca de 1.500.000 habitantes, constituída por 48% das pessoas com menos de 15 anos de idade e 63,3% com menos de 25 anos, o que faz com que a população seja considerada jovem. As mulheres representam mais da metade da população, cerca de 51,7%. Devido aos indicadores sociais desfavoráveis, a expectativa de vida ao nascer é de 44 anos. O PIB por habitantes é estimado em 238 USD. Em termos administrativos, o país está dividido em oito regiões: Bafatá, Biombo, Bolama-Bijagós, Cacheu, Gabú, Oio, Quinara e Tombali. As regiões estão por sua vez subdivididas em 36 setores e um Sector Autônomo (cidade de Bissau), capital política, econômica e administrativa do país (PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE LUTA CONTRA SIDA NA GUINÉ-BISSAU, 2006, p. 15).

A população urbana tem crescido regularmente devido à rápida urbanização e migração. Em 1991 cerca de 18% da população vivia em áreas urbanas, atualmente estima-se 69% devido ao êxodo rural. A densidade média da população é de 30 habitantes por km², distribuído em diferentes áreas geográficas, sendo que a maior concentração está na zona costeira. A capital Bissau, concentra cerca de 24% da população do país, gerando uma intensa pressão em relação à procura de serviços sociais básicos. (PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE LUTA CONTRA SIDA NA GUINÉ-BISSAU, 2006, p. 22).

A economia do país é baseada na produção agrícola e é responsável por 60% do PIB, a agricultura constitui a principal fonte de empregos, cerca de 80% (BANCO MUNDIAL, 2008). A economia do país no seu total é predominantemente informal. (COMUNIDADE DE PAÍSES DE LINGUA PORTUGUESA; PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS, 2010). O conflito político-militar de 1998-1999 ainda reflete nos aspectos econômicos, o que tem debilitado o desenvolvimento da infraestrutura econômica e social, além de contribuir para agravar a questão da pobreza. Em mais de 20 anos, desde publicação do primeiro relatório do Índice de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento, Guiné-Bissau continua praticamente na mesma posição, 172^a num total de 177 países do mundo.

6.2 O contexto do PAE na Guiné-Bissau

A luta armada que culminou com a independência de Guiné-Bissau em Setembro de 1974, não conseguiu superar o lento processo de desenvolvimento empreendido pelo país. A política econômica adotada era de caráter socializante baseada nos princípios da economia planificada, na qual os meios de produção pertencem ao Estado e a atividade econômica é totalmente controlada por uma autoridade central que estabelece metas de produção e distribuem as matérias primas para as unidades de produção. No período denominado “Período da Reconstrução Nacional”, o Estado guineense criou grandes empresas que não eram proporcionais à realidade de Guiné, o estado das infraestruturas como hospitais, estradas, portos eletricidade, etc., carecia de qualidade, os recursos humanos necessitando de quadros com formação qualificada. Segundo o estudo da Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa:

O Estado geria um vasto e contraditório campo de ações que ultrapassava a sua real capacidade e natureza de intervenção. Desempenhava, simultaneamente, o papel de empresário, fiscal e legislador, importador, revendedor e investidor. E a crise instalou-se. Os sinais mais evidentes eram o declínio da produção, falência das empresas públicas, o afundamento da capacidade produtiva do país e a degradação das infraestruturas (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISA, 1996, p. 117).

Logo depois começaram a aparecer evidências da crise como no declínio na produção, falência das empresas públicas, degradação das infraestruturas e o mais grave, a capacidade produtiva do país submergiu totalmente. Neste sentido, o ajustamento estrutural exigido pelos credores tornou-se uma necessidade para o país. Apesar das esperanças renovadas para o desenvolvimento após as primeiras eleições multipartidárias em 1994, em que a estabilidade política, instituições democráticas e a relativamente boa gestão econômica, alimentavam essa esperança. (BANCO MUNDIAL, 2008).

O Programa de Ajustamento Estrutural foi aprovado em 1986 para vigorar num período de seis anos, até 1993 tendo em vista a restabelecer os equilíbrios macroeconômicos com finalidade de promover o desenvolvimento auto-sustentado; estruturar o aspecto financeiro do país no que diz respeito a dívida externa e estimular o crescimento dos sectores produtivos. Para atingir o desenvolvimento auto-sustentado de acordo com a Maanen (1996) os caminhos propostos pelo Banco Mundial e FMI seriam:

- a) aumento da produção agrícola tanto para consumo interno como para exportação, esta ultima, podendo contribuir para pagar as dívidas;

- b) redução do Papel do Estado na provisão de infraestruturas de serviços sociais para reduzir o déficit orçamental e conceder mais apoio aos setores produtivos;
- c) estimular a exportação e limitar a importação através da liberalização do comércio interno e abolir o monopólio do Estado nas atividades comerciais;
- d) diminuir a carga fiscal no comércio externo;
- e) modernização do sistema bancário e aumento dos juros;
- f) racionalização do investimento estatal, reestruturação e privatização.

Outros doadores multilaterais e bilaterais como o Banco Africano de Desenvolvimento, a Suécia e a Holanda apoiaram financeiramente a balança de pagamento. O objetivo era diminuir as dificuldades do Estado pela contenção das despesas e proporcionar recursos para investimento.

A experiência de Guiné-Bissau com a política neoliberal revela pesados constrangimentos sociais, o corte das despesas públicas, liberalização dos preços dos produtos básicos, diminuição de salários da função pública e de funcionários, fato esse que influencia no fraco poder de compra da população. Os atributos desenvolvimentistas indicados visavam apenas os sectores produtivos. Nesse aspecto, da maneira como foi concebido, o Programa de Ajustamento Estrutural na Guiné-Bissau não favoreceu o esforço do Estado e comprometeu o investimento deste nos sectores sociais (MAANEN, 1996). Guiné-Bissau aceitou as condicionalidades do Banco Mundial e aprovou o PAE. Em 1987, período da implementação das reformas, o estudo de MAANEN (1996) constatou que o país se encontrava numa situação de alto endividamento externo, a crise da balança de pagamentos se instalou e nessa sequência o país apresentou altos déficits nas contas públicas, situação esta que se deve a pesada gestão do Estado centralizador, a solução para a crise foi abraçar o Programa de Ajustamento Estrutural.

A qualidade administrativa do país degradou, e em 1987 os salários reais dos funcionários públicos diminuíram cerca de 20%. Aqueles funcionários considerados melhores foram trabalhar nas empresas privadas e alguns migraram para o exterior. Maanem (1996) observa que a situação do país não dava sinais de estar em condições para suportar reformas do Banco Mundial. Alguns aspectos apontados pelo autor é a quantidade de Ministérios, Secretarias do Estado e Comissões que Guiné-Bissau possui. Essas instituições não têm funções claras nem coordenação entre elas, o aparelho de Estado é completamente politizado, as pessoas são escolhidas para ocupar cargos baseado nas convicções políticas, os funcionários não são comprometidos com as suas funções, essa atitude é associada à corrupção e ao clientelismo político. Maanem (1996) argumenta que há uma discrepância

entre a lei e sua execução, decisões são tomadas sem discussões prévias no nível do poder legislativo, muitos funcionários que desempenham funções de responsabilidade têm qualificações insuficientes ou até mesmo nenhuma qualificação. Além disso, grande parte dos departamentos não possui capacidade de exercer suas funções reais. Nessas condições, segundo o autor, torna impossível o país dirigir um programa de ajustamento o que pode ser um entrave para o desenvolvimento.

Sobre as despesas do Estado, Maanen (1996) sublinha que mesmo depois do período colonial as despesas do Estado guineense são sempre superiores as receitas do país, durante o PAE poucas melhorias foram registradas. Com vistas a estabilizar a situação do orçamento do Estado, os salários da função pública foram congelados e houve redução de funcionários em cerca de 30%. Após a descolonização o quadro de funcionários com nível superior era de 18.000, o PAE propôs ficar com 15.000 funcionários. Quanto às privatizações, o objetivo era tirar do Estado as empresas consideradas pelo PAE como prejudiciais. Em vez de melhorar, a administração do setor privado traduziu-se em aumento do preço dos serviços. O principal objetivo das privatizações era financiar as despesas correntes do Estado e não propriamente pagar as dívidas. Nas palavras de Maanen (1996), “um número de empresas foi parar às mãos de políticos, entre os quais seus antigos Diretores. As tentativas de tornar autônomas as ações rentáveis das empresas não foram muito convincentes”. (MAANEN, 1996, p. 38). Para Cruz (2007) essas tentativas de posse decorreram pela ausência de um instrumento legal de controle e de fiscalização, o processo foi pouco transparente, a Lei Quadro das Privatizações que é um mecanismo de fiscalização só veio a ser aprovada em 1992.

6.3 O Sistema de Saúde Guineense

A Guiné-Bissau herdou o sistema de saúde colonial. O sistema de saúde é totalmente dependente da situação econômica do país e dos progressos feitos no seu desenvolvimento em geral. (PAULO; JAO, 1996). O sistema nacional de saúde possui três níveis: central, regional e local. O nível central é responsável pela elaboração das políticas e estratégias, regulamenta e fiscaliza as atividades, mobiliza e coordena as ajudas financeiras externas. O regional é responsável pelas atividades sanitárias nas regiões administrativas. Exerce a função de difundir as políticas nacionais em estratégias e atividades operacionais e o nível local também denominado de áreas sanitárias, abrangem os hospitais setoriais, centros de saúde e unidades de saúde de base. Presta cuidados de saúde mais imediatos à comunidade local. (PAULO; JAO apud MINISTÉRIO DE SAÚDE PÚBLICA, 1996, p. 43).

Desde a independência em 1974, um dos grandes problemas do sistema de saúde no país é o financiamento do setor. O orçamento do Ministério da Saúde para execução dos programas e das suas prioridades depende da disponibilidade dos recursos das ajudas externas. Os gastos na saúde diminuíram cerca de 40% entre 1989 e 1991 em relação ao período anterior ao ajustamento estrutural. (PAULO; JAO, 1996). O funcionamento do Ministério da Saúde continua a depender da assistência externa em cerca de 90% e o país não se encontra bem posicionado nos patamares internacionais de financiamento da saúde para os países em desenvolvimento. Em 2006 a despesa pública por habitante no setor foi estimada em 6 dólares. Em 2002 o orçamento público para saúde foi reduzido de 11.8% para 7.9 em 2006 (BANCO MUNDIAL, apud MINISTERIO DA SAÚDE, 2008, p.61).

A questão da pobreza é geralmente associada à fraca situação de saúde da população, mas deve-se levar em conta a deficiência do país em responder com eficiência as necessidades de sua população através de um melhor serviço de saúde, fato considerado determinante. Em todo o país, o acesso da população aos serviços de saúde é bastante limitado. Para a grande maioria da população que reside nas zonas rurais, os centros de saúde pública e hospitais são inacessíveis a essa população e não há serviços de incentivo que os estimula a procura. Há disparidade entre diferentes grupos populacionais no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde. Uma pesquisa conduzida pelo Banco Mundial estima que em 2002, cerca de 37% de agregados familiares pobres tiveram acesso aos serviços de saúde, comparado com 46% de famílias ricas. Assim sendo, a taxa de utilização dos serviços de saúde para os pobres é de 9% e para os ricos 19%. Em Bissau, o acesso é mais elevado comparando com o resto do território nacional, estima-se que cerca de 55% só na capital Bissau, utilize os serviços de saúde, quando a média nacional é de 38%. (BANCO MUNDIAL, 2008, p. 47).

Paulo e Jao (1996) assinalam que as deficiências no setor da saúde no país são associadas geralmente a questões organizacionais que desfavorecem o serviço de saúde. Escassez de recursos para atividades de estratégias avançadas, manutenção deficiente e um quadro de pessoal desmotivado são os fatores, entre outros, que mais afetam a organização do sistema, que tem impacto em toda a estrutura do sistema nacional de saúde. A situação econômica do país conduziu a uma maior intervenção das agências e organismos internacionais de cooperação na área da saúde, a maioria financiada pelo Banco Mundial e outras pelas agências de cooperação bilateral. No entanto, as políticas dessas agências e organizações possuem programas diferentes, uns optam em promover cuidados primários de saúde, outros preferem uma estratégia mais seletiva. Algumas organizações e agências advogam em favor dos gastos em saúde pública, outros, porém, encorajam a recuperação de

custos e das despesas públicas. A falta de coordenação e de precisão nos objetivos políticos no setor da saúde induziu ao desperdício de recursos ao longo de anos. Em 1991, com a liberalização, alguns serviços começaram a ser privatizados nas áreas urbanas.

A interferência do setor privado na saúde começou a partir de 1990. A procura de clínicas privadas é resultado da incapacidade do Estado de satisfazer as necessidades das populações, sendo que a grande maioria tem baixo poder de compra. É comum no país as pessoas comprarem apenas uma parte dos medicamentos receitados. (PAULO; JAO, 1996). Esse comportamento não deixa de ser prejudicial à saúde do paciente agravando seu quadro de saúde. O problema muitas vezes não é nem a falta de medicamentos, mas a falta de condições financeiras da maior parte da população em adquiri-los. De acordo com Paulo e Jao (1996), o fraco poder de compra da grande maioria pode ser associado com a implementação do Programa de Ajustamento Estrutural, e para as famílias que dependem dos salários de função pública, dos quais rendimentos foram afetados com as políticas de ajustamento estrutural torna lhes ainda mais difícil comprar os medicamentos.

A utilização dos serviços é limitada pelo custo dos cuidados, face à fraca disponibilidade das comunidades para pagar os serviços. Quanto ao sector privado, não se dispõe ainda de estatísticas fiáveis sobre os seus efetivos, mas estima-se em cerca de 130 consultórios ou clínicas. Existem acordos de cooperação na prestação de cuidados, sobretudo com o setor privado não lucrativo, ONGs e associações. (DOCUMENTO ESTRATÉGICO NACIONAL DE REDUÇÃO DE POBREZA, 2001)

A precariedade dos salários somada à ausência de uma Lei que regulamenta as atividades do setor induziu também o surgimento de setor privado informal. Igual a qualquer setor informal, o setor privado informal funciona em Guiné sem fiscalização das autoridades responsáveis. O setor atua apenas na comercialização de medicamentos. Muitos pacientes tendem a procurar vendedores ambulantes onde adquirem medicamentos a preços mais baixos o que, no entanto, aumenta os riscos contra a saúde da população. O estudo de Mamadú Jao (1996) e Augusto Paulo (1996) revela que o mercado de medicamentos comercializados ilegalmente em Guiné-Bissau cresceu durante o período do Programa de Ajustamento Estrutural, e essa economia informal pode ser considerada como um dos efeitos do Programa de Ajustamento Estrutural.

A maior parte dos comerciantes e vendedores ambulantes não tem formação na área de saúde como também desconhecem os efeitos clínicos dos medicamentos. Eles recomendam o uso dos medicamentos para combater qualquer tipo de doença. Segundo o Jao e Paulo (1996) 60% dos ambulantes não sabiam escrever o próprio nome. Comercializar e vender os

medicamentos são atividades encontradas por eles como meio de sobrevivência. Por essa razão, as atividades desse mercado trazem sérios riscos à saúde da população, principalmente para aqueles com as mínimas condições financeiras. Os riscos para a saúde vão desde medicamentos com prazos de validade vencidos até as precárias condições de conservação. Por isso, essa situação carece de atenção por parte das instituições responsáveis. “Muitas vezes são os próprios agentes da saúde pública que estão envolvidos no processo, em benefício próprio” (PAULO; JAO, 1996 p. 267). Paulo e Jao (1996) concluem considerando que esse envolvimento também pode ser assinalado como consequência do PAE sobre os funcionários da função pública devido aos baixos salários.

6.4 Situação Epidemiológica do HIV/AIDS e o tratamento com ARV's

Os primeiros casos de HIV diagnosticados na Guiné-Bissau foram em 1986 após a confirmação de primeiros casos de AIDS. O país tem uma das maiores prevalências de HIV2 da África Subsaariana e este era o único tipo de vírus que circulava. No início dos anos 90 foi diagnosticado nas mulheres grávidas os primeiros casos de vírus tipo HIV1. Desde então, esses dois tipos vírus vêm circulando no país seguindo tendências e proporções cada vez maiores. Novos casos foram surgindo e crescendo entre 1994 e 1998, o número de casos notificados variavam entre 600 e 900 casos por ano. Com a finalidade de notificar novos casos, em 1989 foi criado um sistema nacional de monitoramento sentinela em localidades urbanas em 7 das 8 regiões do país.

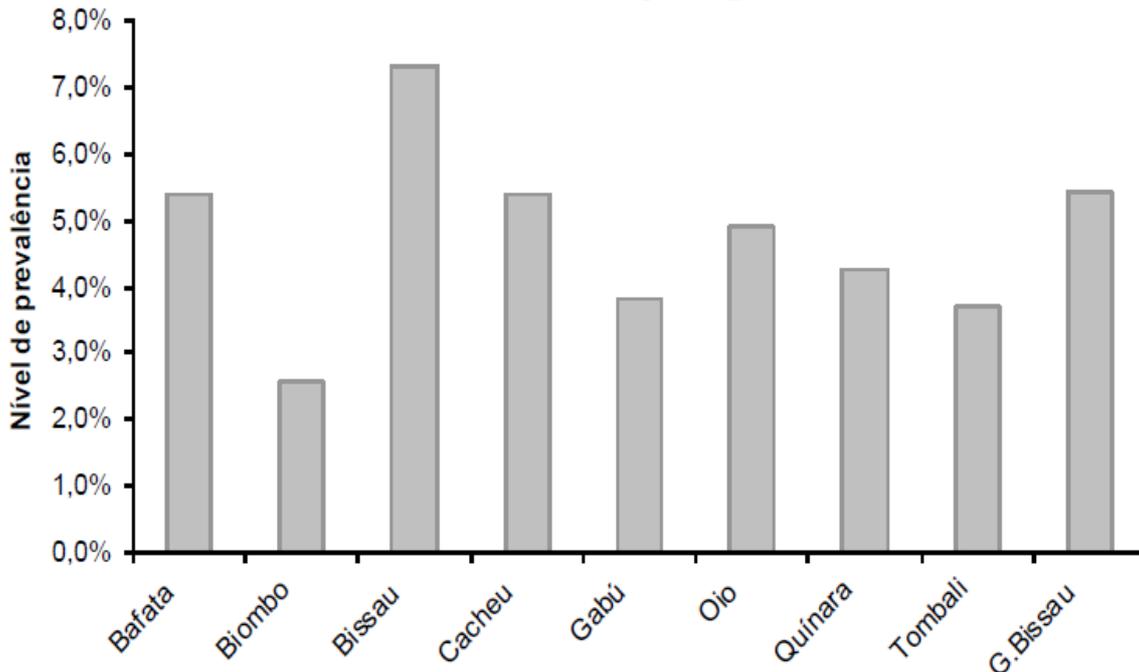
O HIV/AIDS atinge geralmente pessoas economicamente produtivas que, além de serem responsáveis pelas principais fontes de rendimento das famílias, representam a principal força de trabalho para um Estado. No caso da morte, os familiares dependentes muitas vezes são obrigados a enfrentar a pobreza devido a perda de rendimento da família, além de contribuir para a redução da mão-de-obra qualificada, sobrecarga dos gastos em saúde e segurança social. (PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE LUTA CONTRA SIDA NA GUINÉ-BISSAU, 2006, p. 26).

Com base nos dados e relatórios dos centros de aconselhamento e testes voluntários, o Plano Estratégico Nacional de Luta Contra HIV/AIDS demonstra que a infecção pelo vírus HIV1 teve um aumento de 3 vezes em 10 anos, de 1,7% para 4,8% entre 1995 e 2005. No mesmo espaço de tempo, o tipo HIV2 cresceu de 6,3 em 1995 para 8,7% em 2005, um dos maiores do mundo. (PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE LUTA CONTRA SIDA NA GUINÉ-BISSAU, 2006, p. 30). As Estatísticas hospitalares revelam que a prevalência do

vírus HIV2 reduziu-se a 2% em 2006 e a 1,2% em 2008, enquanto que o vírus HIV1 cresceu para 5% em 2006 e 6,8% em 2008. Os números mostram as tendências do crescimento do tipo 1 e declínio do tipo 2 para ambos os sexos durante os anos anteriores. Tanto o vírus HIV1 como o HIV2, é predominante em grupos específicos: o tipo 1 é mais frequente na população mais jovem, o tipo 2 afeta uma população mais idosa com menores taxas de mortalidade. (COMUNIDADE DE PAÍSES DE LINGUA PORTUGUESA; PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA HIV/AIDS, 2010).

A prevalência do HIV varia muito entre as regiões e entre as áreas urbanas e rurais. O gráfico 3 mostra prevalência nas regiões consideradas mais importantes do país do ponto de vista demográfico e econômico.

Gráfico 3: Prevalência de VIH/AIDS por região de residência, 2003/05



Fonte: Plano Estratégico Nacional (2006)

Podemos observar no gráfico 3, que as grandes cidades do país que têm as maiores taxas de prevalência de infecção pelo HIV entre 2003 e 2005 são: Bafata (6,0%), Bissau (5,1%) e Gabú com (4,1%). Biombo apresenta menor prevalência de (2,6%).

Embora haja falta de dados fiáveis sobre a epidemiologia do vírus HIV e mortes relacionadas com AIDS, há uma grande preocupação de que a epidemia do HIV/AIDS esteja expandindo rapidamente. As informações disponíveis indicam que a prevalência e mortes relacionadas à AIDS estão a crescer consideravelmente. Em 2005 a Organização Mundial da Saúde estima 32.000 pessoas foram infectadas pelo vírus HIV no país. O Secretariado

Nacional de Luta contra HIV/AIDS estima a prevalência do HIV1 entre 2.5% a 3% na população em geral. Também em 2005 o Programa das Nações Unidas para HIV/AIDS estimou a prevalência do vírus entre a população adulta entre 6 a 8% enquanto que o inquérito dirigido pelo Fundo das Nações Unidas para Infância calculou a prevalência em 8.7% em 2006.

O programa de tratamento antiretroviral começou em Junho de 2005. Até julho de 2006, 250 soropositivos encontravam-se em tratamento ARV, dos quais se registraram 14% de mortes. Estes casos de morte justificam-se pela demora no processo de tratamento com ARV, o que fez com que a carga viral já estivesse em uma fase muito avançada. Estudos mais recentes feitos em 2008 referentes à prevalência do vírus HIV em adultos de 15 a 49 anos estimam em 16.000 pessoas convivendo com o vírus, no entanto, atualmente são apenas 900 em tratamento. (COMUNIDADE DE PAÍSES DE LINGUA PORTUGUESA; PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS, 2010).

O tratamento é 100% gratuito e ainda é limitado a Bissau, Mansôa e algumas estruturas de referência. O número de pacientes em regime de anti-retrovirais é bastante inferior a demanda pelos medicamentos e essa situação se prende pelo abastecimento dos mesmos. (PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE LUTA CONTRA HIV/AIDS, 2006, p. 33). Segundo o Plano Estratégico, melhorou bastante a notificação de casos de HIV desde começo do programa de tratamento, aumentaram pedidos de teste voluntários. É da vontade política do governo guineense garantir a todos os infectados o tratamento antiretroviral e a prevenção das infecções oportunistas.

O Programa Nacional de Luta contra HIV/AIDS vêm enfrentado vários obstáculos técnicos referentes à resposta da epidemia. Além do clima de instabilidade política que tem seu efeito no fornecimento de serviços e na capacidade de lidar com problemas já existentes no país, a Comunidade de Países de Língua Portuguesa e o Programa das Nações Unidas para HIV/AIDS (2010) observam que:

- a) a cobertura e eficiência de programas de prevenção continuam a ser insuficientes por não alcançar todas as populações, sobretudo, as populações de risco;
- b) boa parte das intervenções é feita por organizações da sociedade civil, que requer reforço de estratégias de comunicação e coerência de linguagem;
- c) escassez de estoque de antiretrovirais;
- d) a limitação dos Programas de tratamento e cuidados em todo o país e falta de coordenação com os centros de saúde;

- e) a falta de conhecimento em relação à complexidade da presença de dois tipos de vírus na população produz uma incerteza na percepção da realidade da epidemia que teve efeitos negativos na estratégia nacional de combate ao vírus;
- f) a falta de recursos humanos.

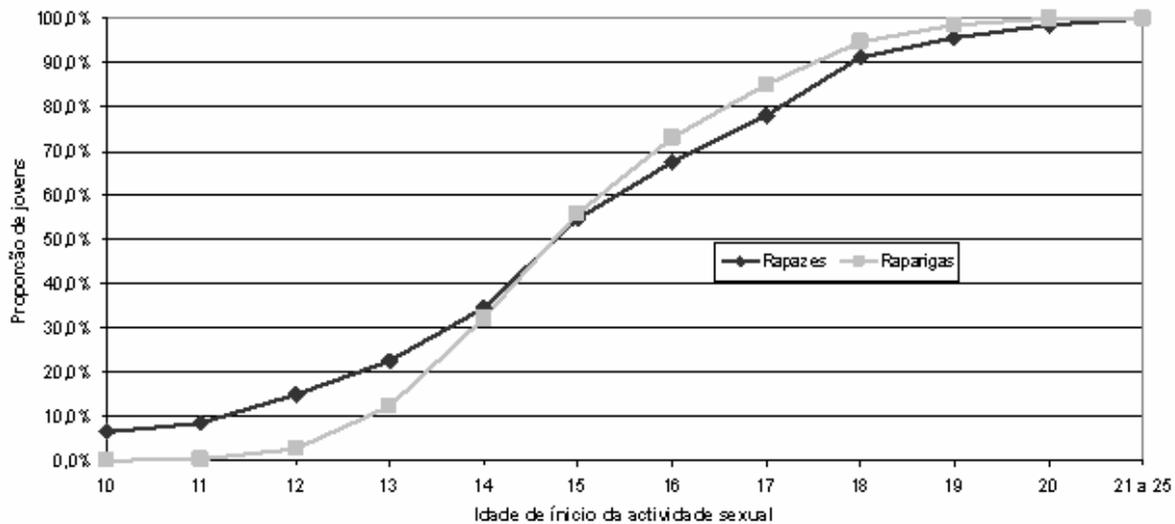
O Plano Estratégico Nacional (2006) e o Programa das Nações Unidas para HIV/AIDS (2010) afirmam que com estes obstáculos fica difícil pôr em prática questões de garantia dos direitos das pessoas que vivem com o vírus do HIV, além disso, não se pode ter um excelente programa de prevenção de HIV sem poder disponibilizar o tratamento para os que convivem com o vírus sendo eles a principal fonte de contágio.

6.5 A relação das mulheres com HIV/AIDS e o Programa de Ajustamento Estrutural

Considerada uma parcela representativa da população adulta, a tendência de crescimento da infecção pelo HIV tem sido verificada particularmente na população feminina mais jovem. A prevalência estimada em 2005 na população com faixa etária entre 15 a 24 anos foi de 2,0%, sendo para a população feminina desse grupo etário de 1,9% a 4,0% e, para os homens é de 0,7% a 1,4%. (PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE LUTA CONTRA SIDA NA GUINÉ-BISSAU, 2006, p. 44). O estudo conduzido pela Comunidade de Países de Língua Portuguesa em parceria com o Programa das Nações Unidas para HIV/AIDS (2010) revela que em 2009 uma taxa de prevalência geral de 6,45% para HIV1 e 2, e 1,7% somente para o HIV2. Verificaram também que 67% dos pacientes em tratamento são do sexo feminino. Isso demonstra não apenas a feminização da epidemia, mas também a exposição precoce das meninas a infecção o que aumenta a sua vulnerabilidade. (COMUNIDADE DE PAÍSES DE LINGUA PORTUGUESA; PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA HIV/AIDS, 2010).

O gráfico 4 mostra que aos 14 anos de idade, pouco mais de 30% dos jovens já eram sexualmente ativos em 2006.

Gráfico 4. : Início da atividade sexual entre os jovens (15-24 anos)



Fonte: Plano Estratégico Nacional – PEN 2006

Conforme o gráfico 4, ao completarem 18 anos, são 91% para os rapazes e 95% para as meninas. Podemos observar no gráfico que o começo das atividades sexuais nas meninas praticamente superou o dos rapazes. O início das atividades sexuais é cada vez mais precoce nas meninas devido ao casamento precoce. De acordo com o Plano Estratégico Nacional de luta contra HIV/AIDS (2006) 90% das mulheres se casam antes dos 20 anos e 73% dos homens se casam entre 20 e 30 anos.

Algumas causas apontadas pelo Plano Estratégico Nacional sobre o começo precoce das atividades sexuais nos adolescentes principalmente as meninas, tem a ver com a educação liberal por parte dos pais ou encarregados da educação, a degradação dos valores sócio-culturais e morais, a pobreza que torna precárias as condições de vida das famílias. Esta situação induz as meninas jovens e adolescentes a fazerem dos seus corpos meios de obtenção dos bens de que precisam. A imoralidade de alguns homens adultos que detém poderes econômicos, em preferirem as adolescentes para manter relações sexuais atraindo-as com os meios financeiros que detém. (PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE LUTA CONTRA HIV/AIDS, 2006, p. 55). Dessa maneira, Cardoso e Imbali (1996) também constatam que a crise econômica, resultado do fraco poder de compra das famílias é um dos efeitos do Programa de Ajustamento Estrutural, que também atingiu os valores morais e a autoridade do chefe de família. Os autores afirmam que:

[...] os filhos não encontram o apoio necessário no interior das estruturas das suas famílias e vão experimentando estratégias de sobrevivência baseadas na aquisição de dinheiro fácil, tentando assim conquistar a sua autonomia financeira. [...] o sexo na família deixa de construir um segredo ou um tabu para os jovens de ambos os sexos, que se tornam adultos aos quatorze anos. Assim, a perda do poder econômico do chefe implicou a perda de sua autoridade moral (CARDOSO; IMBALI, 1996, p. 230).

Para evitar o comportamento de risco é preciso que haja o conhecimento da causa. Um dos pré-requisitos para a redução das taxas de infecção pelo HIV é o conhecimento de como é transmitido o vírus HIV. A informação correta é o primeiro passo para a conscientização da população. Conforme o inquérito do Fundo das Nações Unidas para Infância (2006) 72,2% das mulheres guineenses tinham ouvido falar de HIV/AIDS. No entanto, a porcentagem das mulheres que conhecem as principais formas de transmissão do HIV foi 32,1%. Mais da metade das mulheres 53,1% declaram que é necessário ter um fiel parceiro sexual, 49,4 sabem que devem usar preservativos sempre e 38,4% conheciam a abstinência como forma de prevenir a transmissão do HIV. O inquérito ainda estima que em cada dez mulheres, seis delas só sabem uma única maneira de transmissão, enquanto que uma proporção significativa (41,8%) não conhece nenhuma forma de transmissão.

O desconhecimento do HIV contribui para comportamento de risco e discriminações em relação à pessoa infectada. O conhecimento sobre HIV/AIDS e seus métodos de prevenção varia de acordo com as categorias sociais. O conhecimento do fenômeno é predominante nas populações das áreas urbanas, 91,6% contra apenas 59,4% das populações das áreas rurais, bem como os meios pelos quais ela pode ser prevenida. Quanto às formas de transmissão, uma em cada duas mulheres das áreas (47,2%) sabe as formas de transmissão enquanto que nas áreas rurais apenas uma em cada cinco mulheres (21,9%) sabem. (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFANCIA, 2006, p. 93).

O conhecimento sobre HIV/AIDS requer um certo nível de instrução. O padrão de vida familiar tem um efeito positivo sobre o amplo conhecimento da transmissão do HIV/AIDS. A liberalização econômica afetou o sistema educativo, foi induzido a reestruturar-se para se adequar às estruturas do mercado. Com o intuito de sanear a crise de qualidade e de quantidade do sistema educativo, a política educativa sugerida pelo Banco Mundial visa o ajustamento das necessidades educativas às realidades demográficas e financeiras; a revitalização e a expansão seletiva. Para o Banco Mundial, os problemas do sistema educativo guineense são provocados em parte pelos fatores externos, isto é, a pressão demográfica resultado do rápido ritmo crescimento da população em torno de 3,3% ao ano, exigindo um aumento anual de investimentos no setor da educação na ordem dos 3%. E para

aumentar os investimentos em educação seria necessário também aumentar os recursos financeiros destinados à educação. Este é o grande dilema do financiamento da educação em Guiné (MONTEIRO; MARTINS, 2006, p.121).

Na opinião de Monteiro e Martins (1996) num ambiente de crise econômica que impõe restrições de despesas públicas, especialmente nos setores sociais, o dilema se agrava ainda mais. O Banco Mundial propôs medidas de ajustamento através de fontes diversificadas de financiamento, estimulando escolas privadas como forma de aliviar a pressão do ensino público e reduzindo os subsídios aos estudantes. A revitalização consiste na dimensão do ajustamento em que o sistema educativo aumenta a sua eficiência. Esse processo inclui investimento nos manuais escolares e materiais pedagógicos e todos os alunos têm que adquirir manuais escolares. O terceiro componente, a expansão seletiva, significa a universalização do ensino básico e a diversificação das formas de ensino. (MONTEIRO; MARTINS, 1996).

As medidas do Programa de Ajustamento Estrutural geraram constrangimentos sociais na medida em que, e nesse contexto a educação de uma criança acarreta custos diretos para as famílias. Nas palavras de Monteiro e Martins (1996)

Os custos da escolaridade tornaram-se cada vez menos suportáveis pelas famílias. Não só muitas famílias já não conseguem dinheiro para fazer face aos custos que a escolarização de uma criança acarreta, como ainda, neste contexto de crise, é difícil para os pais priorizarem a educação dos filhos entre as necessidades básicas. Os pais pagam a inscrição escolar, a caixa ou propinas, a aquisição de livros e outros materiais didáticos e a indumentária (MONTEIRO; MARTINS, 1996, p. 178-179).

Devido aos custos da educação num contexto de crise financeira no seio das famílias guineenses, dar educação escolar aos filhos deixa de ser prioridade. Esses constrangimentos sociais são obstáculos que vão contribuindo para a falta de escolarização das crianças afetando, sobretudo as meninas.

6.6 A situação dos órfãos devido a AIDS, crianças vulneráveis e o tratamento

À medida que a epidemia de HIV se expande, mais crianças ficam órfãs e vulneráveis devido à AIDS. As crianças que vivem em famílias vulneráveis podem estar em situação de maior risco e se tornarem vítimas de exploração infantil. (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFANCIA, 2006). O Fundo das Nações Unidas para Infância (2006) considera criança órfã e vulnerável, aquela que perdeu um de seus pais, ou se um pai está sofrendo de alguma doença crônica.

Algumas iniciativas foram tomadas, em 2004, foi elaborado um plano nacional de apoio aos órfãos e crianças vulneráveis em Guiné-Bissau. Há várias outras iniciativas das ONG vocacionadas no sentido de promoção dos direitos e proteção das crianças que são apoiadas pelo Fundo das Nações Unidas para Infância, Plan Guiné-Bissau e outros parceiros. Existem instituições sociais de assistência aos órfãos e crianças vulneráveis (Aldeias SOS Bissau e Gabú e Casa Emanuel), porém essas instituições não são governamentais e funcionam com doações através dos seus parceiros, segundo o Plano Estratégico (2006) tais instituições deparam-se com a falta de iniciativas e ações concretas a favor dessas crianças. (PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL de LUTA CONTRA AIDS, 2006, p. 56). A tabela 5 revela a prevalência, a vulnerabilidade e a porcentagem das crianças órfãs e suas famílias.

Tabela 5. Prevalência de orfandade e a vulnerabilidade de crianças de 0-17 anos 2006

		Doença crônica	Membro de Família morto	Membro de família com doença crônica	Criança vulnerável	Um ou ambos os pais falecidos	Órfã e vulnerável	Numero de criança com idade entre 0-17
Sexo	Masculino	0,9	2,7	7,2	10	11,4	19,5	10659
	Feminino	0,8	2,9	7,1	10	11,2	19,1	10321
Região	SAB Capital	1,2	4,8	11,4	16,3	13,9	26,6	4593
	Leste	0,5	1,5	4	5,9	6,5	11,3	5486
	Norte	0,9	2,2	5,9	8,2	13,3	20,1	8615
	Sul		4,4	10,8	14,3	9,8	21,1	2287
Meio	Urbano	1,2	4,3	10	14,5	13,7	25,3	6981
	Rural	0,7	2,1	5,7	7,8	10	16,3	13999
Faixa Etária	0-4 anos	0,4	2,6	6,7	9	5,4	13,5	6694
	5-9 anos	1	2,5	6,9	9,5	9,1	17,2	6212
	10-14anos	1	3,3	7,3	10,7	15,4	23,2	5444
	15-17	1,4	3,3	8,4	12,2	22,8	30,9	2630
Índice da riqueza	Muito pobre	0,6	2,2	5	7,1	11,4	17,1	4208
	Pobre	0,7	1,4	5,2	6,8	10	15,4	4376
	Médio	0,9	3	6,6	10	10,6	18,7	4381
	Rico	0,7	3,6	8,5	12,1	10,4	20,4	4255
	Muito rico	1,5	3,9	10,9	14,7	14,4	25,9	3760
Língua Materna do Chefe de Família	Balantas	0,9	3,9	7	10,5	11,6	19,8	5171
	Fula/Mandingas	0,6	2,1	7,2	9,3	8,8	16,6	8389
	Brames	1,4	3	6,6	10,2	14,7	22,6	4622
	Outros	0,8	2,7	7,8	10,9	12,4	21	2798
Total		0,9	2,8	7,1	10	11,3	19,3	20980

Fonte: Fundo das Nações Unidas para Infância, 2006.

Como pode ser verificado, a tabela 5 mostra a porcentagem de crianças órfãs e vulneráveis com idade entre 0-17 anos. Uma criança de 0-17 anos em cada dez é vulnerável, 11,3% têm um ou ambos os pais morreram, uma em cada cinco crianças (19,3%) é vulnerável. Em relação a crianças vulneráveis, não há diferença entre meninos (10%) e meninas (10%). A vulnerabilidade das crianças é quase duas vezes mais no meio urbano (14,5%) do que no meio rural (7,8%). No grupo etário entre 15-17 anos é particularmente mais afetado 12,2%, e famílias mais ricas 14,7%. Na Capital Bissau a porcentagem da vulnerabilidade das crianças é bem maior 16,3%. Qualquer que seja o indicador considerado, as tendências são as mesmas, as crianças órfãs e órfãs vulneráveis são mais comuns na capital Bissau 16,3% e 26,6%, em áreas urbanas são 14,57% e 25,3%, entre crianças de 15-17 são 12,2% e 30,9%, e nas famílias mais ricas verifica-se a vulnerabilidade de 14,7% e 25,9%.

O inquérito observou o estado das crianças órfãs e crianças vulneráveis em comparação com aquelas cujos pais estão vivos ou que vive pelo menos com um desses pais, observando a frequência escolar. Constatou-se que em Guiné-Bissau, 1,8% das crianças com idades entre 10-14 perderam ambos os pais, destes, apenas 69,3% estão na escola atualmente. Crianças de 10 a 14 anos que não perderam um dos pais e vivem com pelo menos um dos pais, 71,3% estão na escola. (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFANCIA, 2006). Em muitos países da África Subsaariana, assim como em Guiné-Bissau apenas alguns serviços estão disponíveis para os órfãos vulneráveis e suas famílias. O tipo de apoio prestado às famílias que cuidam das crianças órfãs e vulneráveis devido ao HIV é apresentado na tabela 6.

Tabela 6. Apoio a crianças órfãs e vulneráveis devido à AIDS. A Percentagem de crianças com idade entre 0-17 anos com órfãos e famílias vulneráveis receberam apoio externo gratuitamente para cuidar da criança na Guiné-Bissau, 2006.

		Assistênci a Médica	Apoio psicológic o e emocional	Apoio social	Apoio educaci onal	Apenas Um apoio	Todos os tipos de apoio	Nenhum apoio	Numero de órfãos vulneráveis de 0-17 anos
Sexo	Masculino	4,4	1,3	1,4	3,1	7,3	0,4	92,7	2079
	Feminino	4,4	1,2	1	3,3	7,7	0,1	92,3	1972
Região	SAB Capital	4,2	1,8	2,4	2,4	7,1	0,2	92,9	1220
	Leste	9	0,1	0,1	4,8	11,6	0	88,4	618
	Norte	3,5	1,5	1	3,5	7,2	0,5	92,8	1731
	Sul	2,6	0,6	0,1	1,7	4,6	0	95,4	483
Meio	Urbano	3,9	1,9	1,8	4	8,1	0,2	91,9	1764
	Rural	4,8	0,8	0,7	2,5	7,1	0,3	92,9	2288
Faixa Etária	0-4 anos	4,9	0,9	0,9	0	5,7	0,2	94,3	905
	5-9 anos	4,8	1,8	1,2	2,9	7,9	0,4	92,1	1069
	10-14anos	4,5	1,1	1,2	4,5	8,4	0,1	91,6	1264
	15-17	3,3	1,2	1,6	5,1	7,9	0,4	92,1	813
Índice da riqueza	Muito pobre	4,1	0,2	0,8	2,7	7,3	0	92,7	718
	Pobre	7,5	0,5	0,4	3	8,9	0	91,1	674
	Médio	3,5	1,4	1,1	3	6,1	0,9	93,9	818
	Rico	2,6	2,1	0,2	3,6	7	0	93	869
	Muito rico	5	1,8	3	3,4	8,5	0,3	91,5	973
Língua Materna do Chefe de Família	Balantas	3,7	1,1	1,1	2	7,3	0,1	92,7	1023
	Fula/Man dingas	5	0,1	0,7	3,4	7,3	0	92,7	1395
	Brames	5	2,4	2, 4	4,6	8,9	1	91,1	1045
	Outros	3,4	2,2	0,6	2,2	6,3	0	93,7	588
Total		4,4	1,3	1,2	3,2	7,5	0,3	92,5	4051

Fonte: Fundo das Nações Unidas para Infância, 2006.

Segundo os dados do Fundo das Nações Unidas para Infância (2006) em cada 1000 crianças apenas três recebem apoio como assistência médica, apoio psicológico, apoio social e educacional. A tabela 6 nos mostra que apenas 7,5% recebem pelo menos algum tipo de suporte, enquanto 92,5% das crianças não recebem nenhum apoio da parte do governo. Entre as famílias que cuidam de órfãos, 4,4% recebem assistência médica, 1,3% recebem apoio psicológico ou emocional, 1,2% recebem algum apoio social, 3,2% recebem apoio para educação. Não há nenhuma diferença entre as classes sociais, exceto na região Leste do país, onde as crianças recebem pelo menos um tipo de apoio (11,6%), no sul as crianças recebem menos apoio (4,6%) e a média nacional é de 7,5%.

A pesquisa ainda mostra que em algumas regiões as crianças órfãs são mais propensas a apresentar resultados negativos em matéria de saúde sexual e reprodutiva que outras crianças.

Tabela 7. Comportamento sexual entre as mulheres jovens órfãs e vulneráveis à HIVAIDS. Porcentagem de mulheres jovens com idade entre 15-17 que tiveram relações sexuais antes dos 15 anos de acordo com o estado de vulnerabilidade e do estado da sobrevivência dos pais.

	Porcentagem de meninas com idade ente 15-17 que tiveram reações sexuais antes dos 15 anos	Numero de meninas com idade de 15-17 anos
Órfãos	25,12	246
Vulneráveis	26,51	134
Órfãos vulneráveis	24,32	329
Não órgãos ou nem vulneráveis	23,67	712
Total	23,88	1041
Relação entre Crianças Órfãs Vulneráveis e Crianças Não órfãs nem Vulneráveis.	1,03	.

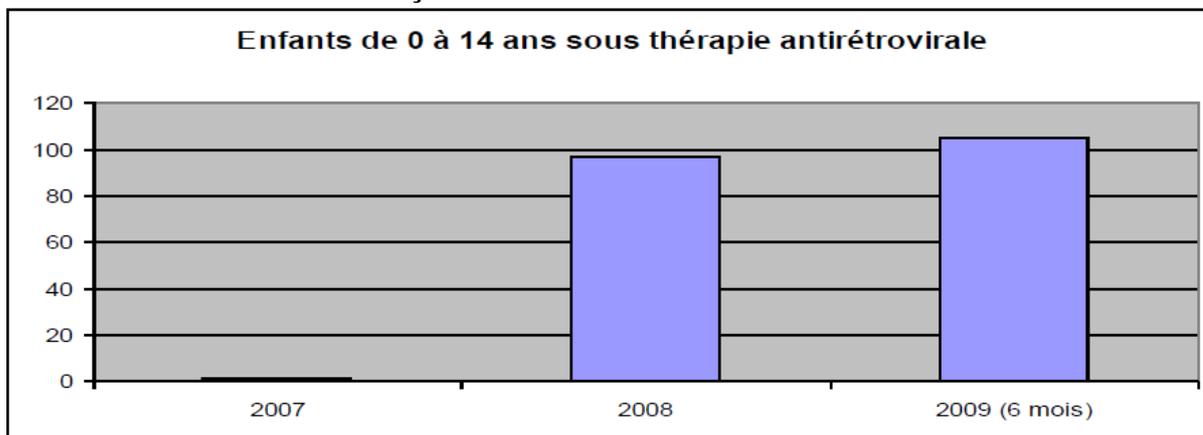
Fonte: Fundo das Nações Unidas para infância, 2006.

A tabela 7 nos apresenta informações sobre o comportamento sexual das mulheres e órfãos vulneráveis com faixa etária entre 15 e 17 anos. A porcentagem de mulheres nessa faixa etária, órfãs e vulneráveis que tiveram relações sexuais antes dos 15 anos é de 24,3% e os mesmos não órfãos e não vulneráveis soma 23,7%. A relação entre os percentuais estimados de crianças órfãos e vulneráveis e os percentuais de não-órfãos e não vulneráveis é estimada em 1,0%.

Em 2006 o inquérito do Fundo das Nações Unidas para Infância (2006) estimou 11% de crianças HIV positivas nascidas de mães soropositivas. O início do programa de Tratamento Antiretroviral – TARV com os medicamentos adquiridos no quadro de cooperação com Brasil, foi lançado em 2005 com programa de tratamento anti-retroviral pediátrico no âmbito da iniciativa Mundial sobre crianças e a AIDS. (PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE LUTA CONTRA AIDS, 2006). Segundo os dados da UNAIDS (2010) o número de crianças menores de 14 anos em tratamento é cada vez maior,

passando de 97 crianças em 2008 para 105 em finais de Junho de 2009. O gráfico 5 mostra que a tendência do tratamento anti-retroviral tem crescido nesses dois anos.

Gráfico 5: Crianças de 0-14 anos sob tratamento antiretroviral



Fonte: Fundo das Nações Unidas para Infância, 2006.

Apesar desse aumento no tratamento conforme o gráfico 5, o Programa das Nações Unidas sobre AIDS (2010) estima que mais de 10% de crianças com vírus de HIV precisam de antiretrovirais. O estudo observa que ainda há ruptura de estoque de medicamentos antiretrovirais contra infecções oportunistas. O Plano Estratégico Nacional de Luta Contra HIV/AIDS tinha como previsão atingir 60% de cobertura em tratamento antiretroviral em 2010 e 80% em 2011.

O Programa das Nações Unidas para AIDS (2010) observou que no segundo trimestre de 2008 verificou-se que houve uma diminuição de atividades de tratamento por falta de antiretrovirais e testes de triagem. Embora haja esforços dos parceiros internacionais como a Organização Mundial da Saúde, Fundo das Nações Unidas para Infância, Brasil, o próprio Banco Mundial e a União Europeia através do Projeto de Saúde Regional na África Ocidental¹⁷, (visa fortalecer as capacidades nacionais no monitoramento integrado das doenças e respostas) a capacidade de resposta do Centro de Compras de Medicamentos Essenciais – CECOME é bastante limitado, pois se depara com a dificuldade para obter informações sobre os estoques nos locais de entrega; falta de capacidade de manter os

¹⁷ PRSAO (sigla em Francês) – Projet Regional Santé en Afrique de l’Ouest Iniciado pela Comissão Europeia e da CEDEAO através do Acordo de financiamento n. ° 9106/REG, o Programa de Saúde Regional na África Ocidental (PRSAO) Ela abrange os 15 países da CEDEAO (Benin, Burkina Faso, Cabo Verde, Costa do Marfim, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné Bissau, Libéria, Mali, Níger, Nigéria, Senegal, Serra Leoa, Togo) e na Mauritânia. É gerido por uma unidade de gestão constituída por um Diretor Gerente e um contabilista, e um grupo de peritos e pessoal de apoio.

produtos na cadeia de frio devido às más condições do estabelecimento; incapacidade de fazer previsões com base nas necessidades reais e o consumo médio mensal para cada produto. Os serviços da CECOME foram descentralizados a nível regional por um decreto ministerial em 2008. Para o Plano Estratégico Nacional (2006) além da fraca capacidade de resposta do CECOME, falta de quadros nacionais para abranger todos os níveis regionais.

6.7 A relação do PAE e HIVAIDS na Guiné-Bissau

Guiné-Bissau não é indiferente do resto da África sobre o impacto da globalização neoliberal, a pobreza e a epidemia do HIV/AIDS. As fracas condições sociais e econômicas do país tornaram as populações ainda mais vulneráveis a contraírem o vírus de HIV facilitando a sua propagação. As Nações Unidas consideram a propagação do vírus de HIV um sério desafio ao desenvolvimento, esse desafio é associado ao impacto da distribuição desigual do processo de globalização em países e regiões mais pobres do mundo. Considerando que o Programa de Ajustamento Estrutural tem foco apenas no aspecto econômico, O estudo do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa (1996) revela que as medidas contribuíram para incrementar níveis elevados de pobreza e deterioração das condições de vida dos guineenses, seja no aspecto social ou econômico. Sem investimentos em educação e saúde torna-se difícil prevenir doenças e epidemias.

É importante salientarmos que a insuficiência e a migração de quadros qualificados do setor da saúde para o estrangeiro, para o sector privado ou para organismos internacionais em busca de melhores condições de trabalho e oportunidades de emprego, são obstáculos e desafios que enfraquecem a capacidade do país de dar uma resposta eficaz à epidemia do HIV/AIDS. Estima-se que existam mais médicos da Guiné-Bissau a exercer em Lisboa do que no próprio país. (PAULO; JAO, 1996).

Com economia frágil desde a independência e com o estado das infraestruturas completamente destruídas na luta armada para libertação colonial, Guiné-Bissau também carece de uma estrutura institucional adequada. Obviamente que o Programa de Ajustamento Estrutural não é o único responsável por tudo, mas contribuiu para agravar a situação. Suas medidas permitiram um total desengajamento social do Estado em relação aos seus cidadãos.

Dada a sua natureza econômica do Programa de Ajustamento Estrutural e num contexto nacional complicado, as estruturas do Estado sendo ajustadas, a crise econômica, a ausência de políticas bem formuladas e campanhas direcionadas para jovens, desemprego e falta de alternativas viáveis, essas situações induziram cada vez mais os guineenses para uma

vulnerabilidade generalizada. Pela sua visão de Estado Mínimo, o PAE também comprometeu a capacidade da política social do governo guineenses (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISA, 1996). Em consequência disso, os poderes públicos dispõem de menos recursos para políticas e campanhas de conscientização nos centros urbanos e nas zonas rurais, na prevenção e combate ao HIV/AIDS (PLANO ESTRATEGICO NACIONAL DE LUTA CONTRA HIV/AIDS. 2006, p. 58).

6.8 Infra-estruturas sanitárias

O acesso a serviços de saúde foi seriamente afetado pelo conflito militar de 1998-1999. Esse conflito destruiu uma parte da infra-estrutura do sistema nacional da saúde, praticamente em todas as localidades do país, desarticulou a estrutura e a organização dos serviços de saúde do país ao provocar a migração de médicos e profissionais da área de saúde em geral, muitos dos quais decidiram não regressar ao país após o conflito. O país dispõe de 1 Hospital Nacional -Hospital Nacional Simão Mendes, 3 Centros de Referência Nacional - Hospital Raoul Follereau, Hospital de Leprosaria de Cumura e Centro de Saúde Mental. 4 Hospitais Regionais e 118 Centros de Saúde. (DOCUMENTO DE ESTRATÉGIA NACIONAL DE REDUÇÃO DA POBREZA, 2001). Após o conflito alguns hospitais regionais foram parcialmente encerrados e oferecem apenas serviços básicos, limitando o acesso e a procura da população aos serviços de saúde. (PAULO; JAO, 1996).

Há uma rede de infraestruturas sanitárias relativamente desenvolvidas no país, porém de distribuição inadequada. O Documento de Estratégia Nacional de Redução da Pobreza (2005) observa que o acesso aos cuidados de saúde do primeiro nível tem sido muito difícil, por causa de variáveis que vão desde a ausência de infraestruturas, por exemplo, na Região de Oio, até às vias de acesso e meios de comunicação nas Regiões de Tombali, de Bolama e de Bijagós. Em Bissau a capital, com mais de 300.000 habitantes tem uma fraca rede de Centros de Saúde, aspecto que provoca a sobrecarga do Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM), única estrutura de referência nacional que carece grandemente de equipamentos e materiais médicos e paramédicos especializados. Na mesma situação de carências se encontram os quatro Hospitais regionais.

As infraestruturas dos serviços de saúde (estrutura física, eletricidade, água, etc.), assim como o próprio material sanitário, não correspondem normalmente às necessidades de qualidade, eficiência e eficácia. A gestão de instalações e de equipamentos de saúde ainda carece de um tratamento à altura da sua importância como um dos elementos essenciais da

infraestrutura que também contribui juntamente com os medicamentos e outros instrumentos para o progresso rápido de cuidados de saúde e combate a epidemia do HIV/AIDS.

6.9 Recursos Humanos

Os recursos humanos são uma das variáveis mais importantes numa estratégia de combate à epidemia do HIV/AIDS. Desde 1996 o país já tinha vários tipos de pessoal de saúde, como médicos, farmacêuticos, biólogos, enfermeiros auxiliares e parteiras. Na verdade, existe a carência de pessoal devidamente qualificado a todos os níveis do sistema de saúde, assim como a sua boa distribuição pelo país inteiro. Naquele mesmo ano segundo os dados da pesquisa do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas (1996) eram compostos da seguinte maneira: um médico/8.000 habitantes, um enfermeiro/730 habitantes e uma parteira diplomada /2.100 mulheres em idade fértil. O país dispunha de seguintes efetivos: 152 médicos nacionais; 34 técnicos superiores; 341 enfermeiros diplomados; 904 enfermeiros auxiliares; 6 parteiras diplomadas; 93 parteiras auxiliares; 194 auxiliares de laboratório

Dos 2.484 de profissionais de saúde, 50,5% se encontravam em Bissau e 49,5% nas regiões administrativas. Continua sendo uma preocupação para o Ministério da Saúde a falta de pessoal da saúde nas regiões para o enfrentamento da epidemia do HIV. Sobre essa escassez, o Banco Mundial (2008) responsabiliza a política nacional de transferência de recursos humanos, afirma que o processo não é transparente e induz a disparidades regionais entre cidade capital e regiões mais pobres.

Alguns estudos constataram que a qualidade insuficiente de certos serviços pode ser atribuída a diferentes fatores como a falta de competências técnicas, e as estruturas dos serviços de saúde nem sempre são acolhedoras, de onde vem a falta de motivação de uma grande parte do pessoal, falta de motivação que também pode ser explicada devido ao reduzido estímulo para trabalhar no setor público (níveis de salário e de condições de trabalho em geral insatisfatórias; descrições de tarefas nem sempre conforme o trabalho; ausência de um verdadeiro plano de carreiras). (DOCUMENTO DE ESTRATÉGIA NACIONAL DE REDUÇÃO DA POBREZA, 2001; PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE LUTA CONTRA HIV/AIDS, 2006; PAULO; JAO, 1996).

No entanto, devido a esses fatores fica difícil esses profissionais se manterem nessas regiões, onde as condições de trabalho são mais precárias. Com orçamento limitado, o governo tem dificuldades de pagar horas extras e subsídios para o pessoal em serviço em áreas isoladas. A relação entre as diferentes categorias profissionais e os habitantes é elevada.

A distribuição dos recursos humanos é desequilibrada, com uma forte atração para os centros urbanos. Mais da metade do pessoal qualificado se encontra em Bissau. Há uma grande carência de quadros especializados, por vezes, não se encontra nenhum especialista em determinados locais. (DOCUMENTO DE ESTRATÉGIA NACIONAL DE REDUÇÃO DA POBREZA, apud MINISTERIO DA SAÚDE PUBLICA, 2001, p. 63).

A produção dos recursos humanos realiza-se pela Escola Técnica dos Quadros de Saúde que tem como objetivo formar paramédicos para trabalhar coletivamente ou individualmente na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da população e a Faculdade de Medicina criada em 1986 com finalidade de suprir a falta de médicos. Esta última foi o começo do envolvimento do Banco Mundial no setor da saúde em 1987 através do seu Projeto de Setor Social. O projeto tem como finalidade fazer reformas na gestão e finanças, prestação de serviços de saúde e reforço de capacidade institucional do Ministério da Saúde em planejamento. Quando se efetuou mudanças no currículo de enfermeiros diplomados, as condições de admissão exigiam o 11º ano de escolaridade, não mais o 9º ano como antigamente. A partir daí, o número de candidatos ao curso de enfermagem diminuiu consideravelmente e a ETQS foi obrigada a fechar suas portas devido à inexistência de uma carreira profissional e baixos salários devido à falta de recursos financeiros.

Na opinião de Paulo e Jao (1996) em 1991 foi feita uma avaliação, cujos resultados revelaram que o projeto do Banco Mundial foi muito ambicioso no sentido das capacidades limitadas dos recursos humanos do país, a fragilidade da gestão das instituições nacionais, a falta de fundos de contrapartida por parte do governo e da assistência técnica do projeto que não incluía os profissionais de saúde nacional nem a transferência de tecnologias. Consideramos que a inclusão destes na dinâmica do processo é considerada pertinente no sentido de receber formação adequada pelos técnicos estrangeiros a fim de desempenharem as funções e atividades na sua ausência.

Atualmente, a pesquisa do Programas das Nações Unidas sobre AIDS e a Secretaria Nacional de Luta contra Sida (2010) mostra na tabela 8 o número de profissionais da saúde por habitantes.

Tabela 8. : Numero de profissionais de saúde por habitante

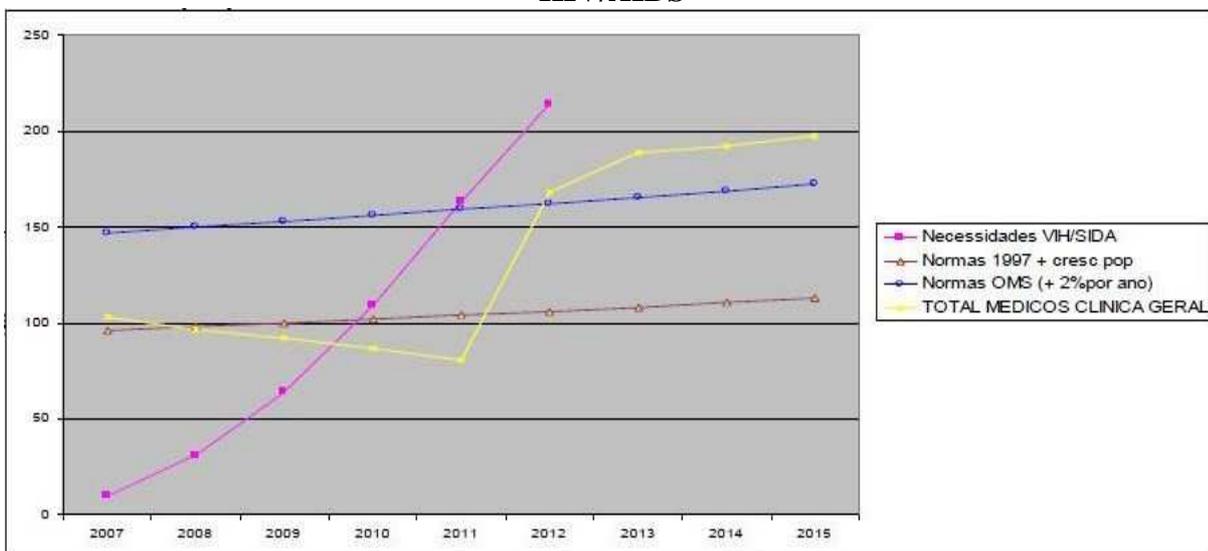
	Técnicos Superiores	Técnicos Médios	Médicos	Enfermeiros	Téc. de Laboratório	Farmacêuticos	Anestesistas
2009	0,95	4,98	0,81	1,64	0,33	0,17	0,9

Fonte: Programa Conjunto das Nações Unidas; Secretaria Nacional de Luta contra Sida, 2010.

O estudo do Secretariado Nacional de Luta contra Sida e as UNAIDS (2010) demonstra que a questão dos recursos humanos e HIV requer principalmente um número maior de médicos e técnicos de saúde para atender o máximo de estruturas que operam num contexto de absentismo, de greves de profissionais de saúde e mortalidade de pessoal de saúde. Lidar com HIV/AIDS demanda uma carga de trabalho específica e pesada, além da articulação entre médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos para atender os pacientes que precisam de acompanhamento. Há um número maior de pacientes por médico e por enfermeiros.

Não há dados sobre o número médio de pacientes por médico em acompanhamento, mas o estudo estima que um médico que acompanha 100 pacientes com vírus de HIV gasta em média 50% do seu tempo a esse paciente. O gráfico 6 ilustra o impacto da gestão do HIV em termos de disponibilidade de médicos em relação ao crescimento esperado do número de pacientes e médicos.

Gráfico 6. : Disponibilidade de médicos em relação a necessidades demandados pelo HIV/AIDS



Fonte: Programas das Nações Unidas sobre AIDS; Secretaria Nacional de Luta Contra SIDA, 2010.

De acordo com a simulação no gráfico 6, observa-se a necessidade de médicos para os cuidados de HIV excede o número disponível em 2010. O número de médicos formados na Guiné pela Faculdade de Medicina, cuja primeira turma de 112 médicos irá se graduar em 2012, compensarão parcialmente a diferença entre necessidade/disponibilidade. Outro aspecto referente à da escassez de médicos, envolve a motivação, condições de trabalho, incentivo de

desempenho e bons salários. Um médico ganha em média 104.500 Francos CFA, o equivalente a 230 U\$, a nível central ou a nível das regiões sanitárias. Os salários geralmente não são pagos regularmente e ainda são instáveis. (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS; SECRETARIADO NACIONAL DE LUTA CONTRA SIDA, 2010).

7. CONCLUSÃO

Neste trabalho mostramos como as dinâmicas das políticas neoliberais influenciaram as tentativas da luta contra o HIV/AIDS e o seu tratamento num contexto em que estas políticas propuseram reformas em vários setores e redefiniram a função principal do Estado, que é zelar pelo bem-estar de sua população. O seu desengajamento em relação às suas tarefas básicas, motivado pela aplicação das medidas de ajustamento estrutural, foi se agregando e sobrepôs um conjunto de elementos de carácter material conduzindo ao seu enfraquecimento.

A abordagem neoliberal observa a epidemia a partir de um ponto de vista biomédico e comportamental e não como questão de saúde pública. Fatores estruturais foram ignoradas, como a pobreza e desigualdades. Estes fatores, no entanto contribuem para vulnerabilidade a infecção ao HIV. A prevenção e a luta contra a epidemia do HIV/AIDS constituem uma das prioridades de muitos governos, particularmente os da África Subsaariana onde vivem cerca de 70% das vítimas do HIV/AIDS a nível mundial.

7.1 Mostramos as mudanças efetuadas no setor da saúde pelo Programa de Ajustamento Estrutural, efetuamos uma análise em vista aos desafios do setor da saúde na luta contra a epidemia do HIV/AIDS. Concluimos que a intervenção do neoliberalismo através das suas políticas sobre a epidemia do HIV/AIDS na África Subsaariana tiveram impactos negativos. A redução do orçamento para saúde fez com a disponibilidade dos serviços de saúde fossem limitadas. A introdução das taxas de utilização dos serviços de utilidade pública, sobretudo, a saúde, diminuiu a procura e aumentou a vulnerabilidade da população mais pobre a riscos de infecção a HIV/AIDS. Este fato traduziu-se na negação de acesso aos cuidados de saúde, considerado pela Organização Mundial da Saúde um direito humano básico. Um sistema de saúde que engloba melhores infraestruturas, transporte, pessoal com formação, gestão dos serviços de saúde adequados e articulados é fundamental no enfrentamento eficaz à epidemia do HIV/AIDS.

A retração do protagonismo do Estado como provedor dos direitos sociais comprometeu a política social dos governos que aplicaram as políticas de ajustamento estrutural na África Subsaariana. A implementação e a dinâmica destas políticas contribuíram e tornaram difícil o funcionamento das estruturas dos sistemas nesta região do continente africano para atender às necessidades elementares da população, sobretudo os portadores do vírus HIV e os mais vulneráveis a infecção. A visão individualista da corrente neoliberal ficou indiferente diante de problemas sociais cada vez mais graves. A epidemia superlotou hospitais diminuiu a capacidade de complexos hospitalares para atender adultos e crianças afetadas

pelo vírus, o setor de saúde que já se deparava com cortes e reduções orçamentais agravaram ainda mais a situação da epidemia.

A falta de informações, políticas e campanhas bem direcionadas, as condições socioeconômicas das famílias muita das vezes desestruturadas e com baixo poder de aquisição e de compra são fatores que acentuaram a vulnerabilidade da população a contraírem o vírus de HIV. A questão do desemprego passou a ser visto como um problema individual dos desempregados por não estarem ao alcance de níveis competitivos necessários com as exigências do mercado. A oportunidade de trabalho salarial diminuiu consideravelmente o que provocou a migração em busca de melhores condições de vida e de trabalho.

7.2 Destacamos a influência das indústrias farmacêuticas no preço dos medicamentos antiretrovirais (ARV's) para tratamento do vírus HIV. Constatamos que a implementação do regime de propriedade intelectual que visa reforçar os direitos de propriedade a favor do setor criou barreiras para o acesso a esses medicamentos. Com vista a recuperar os investimentos alocados na pesquisa e desenvolvimento dos antiretrovirais foi criado a nível da OMC um mecanismo jurídico de proteção atendendo as demandas das corporações farmacêuticas. A proteção dos medicamentos consolidou-se através do Acordo TRIPS que estabeleceu um monopólio aos detentores da invenção. Constatamos que os mecanismos da governança, ou seja, o rigor do regime de propriedade intelectual tem dificultado os Estados a disponibilizarem os medicamentos para tratamento do HIV na África onde estes são mais necessários pelos portadores do vírus.

Apesar das flexibilidades do Acordo TRIPS na Declaração de Doha que permite a produção de genéricos e sua exportação para a região da África com graves crises epidemiológicas, ainda há necessidades urgentes de antiretrovirais. As constantes rupturas de estoque é uma prova disso. Ainda há grandes disparidades no acesso a medicamentos para HIV/AIDS entre as pessoas com HIV em países desenvolvidos e os menos desenvolvidos. Essas disparidades continuam a por em causa a saúde global. Muitos países africanos carecem de capacidade tecnológica para produção nacional de antiretrovirais genéricos para HIV/AIDS ou outras infecções oportunistas. Estes países, portanto, não podem emitir licenças compulsórias para a produção de genéricos antiretrovirais, simplesmente por falta de aparatos tecnológicos. Diante dessa incapacidade tecnológica, a única opção viável para estes países é um processo que envolve a importação de versões genéricas de um país industrializado.

Milhões de africanos dependem quase que cem por cento destes medicamentos, principalmente mulheres e crianças. É importante dizer que é impossível enfrentar a epidemia da AIDS excluindo as desigualdades de gênero, entre grupos sociais e entre países. As

mulheres constituem hoje um grupo social fundamental na cadeia de ações de desenvolvimento a nível mundial. Foram bastante afetadas pela epidemia e também foram vítimas das políticas de ajustamento estrutural. O seu nível de educação baixo implicou a sua fraca participação no emprego formal, com o Programa de Ajustamento Estrutural a racionalização do emprego no setor formal levou a redução dos quadros menos qualificados, na sua maioria mulheres. Devido às precárias condições financeiras as mulheres encontraram dificuldades para cuidar da sua saúde, lidar com o estigma e a feminização da epidemia.

O numero de crianças HIV positivos e órfãos devido a AIDS têm crescido na medida em que a epidemia vem crescendo, o desafio que essas crianças vêm enfrentando não pode ser subestimado. O trabalho demonstrou que o individualismo neoliberal impede que o Estado dê a devida assistência a essas crianças que são dependentes dos serviços públicos como a prestação de cuidados de saúde e educação. As famílias e as entidades tiveram que assumir a responsabilidade do Estado cuidando dos órfãos uma vez que os neoliberais defendem que essas crianças são mais bem cuidadas pelas famílias. Demonstrou-se que as famílias são incapazes de cuidar dessas crianças porque não dispõem de recursos financeiros suficientes. Verificamos a fraca cobertura de tratamento com antiretrovirais (ARV's) para mulheres grávidas com HIV nos países da região estudada.

7.3 Observamos o estado da infraestrutura física e os recursos humanos demonstramos como o ambiente de recursos escassos prejudicaram a manutenção dos equipamentos e a reabilitação dos estabelecimentos hospitalares. Vimos como a insuficiência de infraestruturas e a sobrecarga provocada pela epidemia nos hospitais públicos. Apesar dos pesados investimentos na formação de médicos na África, as precárias condições de trabalho e a perda dos direitos trabalhistas induziram a migração de médicos talentosos do setor de saúde para estrangeiro com intuito de aperfeiçoar suas carreiras.

Esta questão contribuiu tanto para redução do capital humano como também teve efeitos negativos para a saúde na África. Esta rotura de pessoal de saúde na região Subsaariana intensificou a demanda pelos médicos estrangeiros criando dependência e desequilíbrio entre os restantes médicos nacionais. Não podemos deixar de admitir que os problemas internos de cada país contribuiu para a desarticulação de algumas estruturas e organização dos serviços nacionais de saúde, sobretudo onde houve golpes de estado e guerras civis.

Segundo o Programa das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, a epidemia da AIDS é uma emergência mundial e um desafio à vida e aos direitos humanos a expansão da doença compromete o desenvolvimento social e econômico mundial. Para uma resposta eficaz, é

necessário haver um equilíbrio entre as medidas de Estado e medidas de mercado. Todas as dimensões dos ajustamentos estruturais foram criticadas por muitos autores na literatura. Críticas que são necessárias de um ponto de vista de ir além, tomar nas mãos a agenda de reconstrução do sistema de governança global, que não deveria excluir as Nações Unidas como o pólo da governança política. A governança deve envolver o Estado, o setor público/privado e a sociedade civil com intuito de promover a construção de capital social partilhando valores com a sociedade e acima de tudo uma vontade política. É importante o papel do Estado na luta contra o HIV/AIDS para elaborar programas eficazes de combate à epidemia adotando uma estratégia multi-sectorial ampla que inclui todos os segmentos da sociedade.

Portanto, a governança global deve dar prioridade máxima a epidemia do HIV/AIDS, especialmente na região da África Subssariana. Maior atenção deve ser dada aos sistemas de saúde para que estes sejam capazes de enfrentar os desafios impostos pela epidemia. Há uma necessidade urgente de empoderar as mulheres e dar devida atenção a sua saúde e várias outras questões relacionadas à sua condição socioeconômica. Para cumprir seu papel na sociedade, elas precisam de ter um estado adequado de bem-estar físico, mental e social. Crianças portadoras do vírus e órfãos precisam de considerável aumento de proteção, medidas de apoio deverão ser tomadas em consideração para ajudar as pessoas e famílias que tomam conta destas crianças. Mais recursos devem ser canalizados para campanhas de prevenção e conscientização do HIV/AIDS. Deve haver acesso democrático aos medicamentos ARV's desenvolvidos para tratamento deste vírus que hoje constitui um grande desafio para a saúde pública.

7.4 GUINÉ-BISSAU

Na década de 80 depois da independência da Guiné-Bissau a nova estrutura administrativa nacional foi vista pela má aplicação de políticas econômicas, instituições públicas frágeis desarticuladas incapazes de dar rumo ao país apresentando assim, altos déficits. Associados às medidas de conjuntura político-econômica, nomeadamente a questão da crise da dívida, o Programa de Ajustamento Estrutural estabeleceu metas para resolver problemas conjunturais. Ao reduzir o papel do Estado as políticas neoliberais negligenciaram as prestações sociais de competência do Estado, os aspectos sócio-culturais e a realidade econômica dos guineenses.

A epidemia do HIV/AIDS é um grande desafio nacional. Um dos maiores obstáculos do sistema nacional de saúde do país é de ordem financeira, além da situação econômica desfavorável, a redução do Orçamento Geral do Estado devido a execução do Programa de Ajustamento Estrutural contribuiu para a degradação da qualidade administrativa da nova gestão. As condições sociais e econômicas do um país dependem da capacidade administrativa de um governo seja ele qual for. Os constrangimentos orçamentais refletiram nas precárias condições de vida da população em geral e especificamente aos portadores do vírus HIV no acesso aos serviços básicos de saúde. Concluimos que a fraca presença do Estado por um lado deve-se a fraca a prestação destes serviços na Guiné-Bissau. Além disso, os limitados recursos financeiros impediram os investimentos e a garantia de cuidados de saúde para a população.

Os raros serviços públicos, equipamentos e infra-estruturas disponíveis estão concentrados nos grandes centros urbanos enquanto que as localidades rurais sofrem um quase abandono. Constatamos que o numero insuficiente de médicos, os enfermeiros, os auxiliares de saúde, as parteiras, os assistentes de laboratório e os técnicos de farmácia, entre outros, está ligado às precárias condições de trabalho no país o que provocou migração desses profissionais para o estrangeiro. Esta situação só agrava e prejudica os portadores do vírus na medida em que o sistema de saúde carece desse pessoal para assegurar a prestação dos serviços tendo em conta o numero bastante inferior de médicos por habitante.

O baixo salário somado a introdução das taxas de utilização nos hospitais para os serviços de cuidados de saúde criou restrições adicionais que diminuíram a procura da população mais pobre e vulnerável pelos estabelecimentos de saúde obrigando os portadores do vírus procurarem alternativas de cura. A redução das despesas públicas resultou também na falta da manutenção das infra-estruturas hospitalares, escassez de equipamentos e medicamentos essenciais. Esta situação levou a queda na qualidade dos serviços de saúde no país. Num contexto da epidemia do HIV/AIDS a degradação do sistema sanitário nacional guineense em geral representa um entrave ao desenvolvimento humano e a luta contra esta epidemia. Quanto aos portadores do vírus HIV, observamos a Guiné-Bissau tem enfrentado problemas com a disponibilidade de medicamentos anti-retrovirais (ARV's) para a população portadora do vírus. O tratamento ainda é bastante limitado, muitas vezes há rotura de estoque devido a falta de recursos para abastecer o estoque, fato este que compromete o processo de tratamento ou a demora no começo.

A maioria da população guineense está exposta a vulnerabilidade à HIV/AIDS, devido à pobreza e ao baixo nível de recursos devido a dinâmica das políticas econômicas

neoliberais que contribuíram para profundos desequilíbrios salariais como também uma certa desarticulação no seio das famílias. Alguns grupos da sociedade guineense são particularmente mais vulneráveis a contrair o vírus de HIV e vários outros rios de saúde por não possuírem condições financeiras para lidarem com esses rios. Entre os grupos mais vulneráveis estão as mulheres, crianças e jovens. Devido a situação econômica, membros da família puseram em ação estratégias de sobrevivência, sobretudo, as mulheres. A situação das mulheres na sociedade guineense é caracterizada à subordinação da figura masculina. Esta condição as proíbem de ter oportunidade de investir na sua educação. Além disso, observamos como o custo da educação gerado pelo Programa de Ajustamento Estrutural contribuiu para o analfabetismo acentuando o risco a infecção do HIV.

A interferência do setor privado limitou a frequência da população aos serviços de saúde, poucas mulheres grávidas têm tido acesso aos serviços de testagem devido as taxas de utilização destes serviços, muitas crianças estão nascendo com vírus HIV. A epidemia do HIV/AIDS ainda continua deixando muitas crianças órfãs. Na Guiné-Bissau vimos um grande numero de crianças em condições de órfão de mãe e pai. O Estado possui apenas alguns serviços paliativos de assistência social a estas crianças, não há instituições públicas concretas de apoio e cuidados, normalmente a maioria fica sob cuidado das famílias alargadas, poucas delas têm oportunidade de serem inseridas sob cuidados institucionais não governamentais. Constatamos que apesar dos esforços e iniciativas de cooperação de organizações internacionais de apoio a crianças vítimas do HIV, ainda há necessidades de ações concretas e sustentáveis para tratamento e assistência social.

O Estado guineense por si enfrentava algumas dificuldades, gastando mais do que arrecadava, sob a pressão do Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional, a única solução era mesmo aplicar as reformas neoliberais. A experiência com as Políticas de Ajustamento Estrutural na Guiné-Bissau considerando o seu caráter estritamente econômico gerou conseqüências sociais bastante negativos. Os efeitos negativos e obstáculos do Programa de Ajustamento Estrutural foram constatados, portanto, na deficiência da disponibilidade dos serviços de saúde, a utilização dos serviços, a precariedade e degradação das condições sanitárias e nas várias dimensões socioeconômicas por ele provocadas.

Acreditamos que apesar das dificuldades financeiras do país ainda assim é necessário o protagonismo do Estado para que este possa estabelecer estratégias de desenvolvimento centradas no homem e na melhoria do seu bem-estar. Vimos, no entanto, como o neoliberalismo ignorou os aspectos socioeconômicos que agravam a vulnerabilidade das populações desprotegidas a contraírem o vírus de HIV/AIDS.

REFERÊNCIAS

ANANGWE, Alfred. Health Sector Reforms in Kenya: User Fees. In: SAMA, Martyn; NGUYEN, Vinh-Kim (Org.). **Governing Health Systems in África**. Codesria: Dakar, 2008. Cap - 5, p. 44-57.

AEDO, D. Brain Drain in Africa. Organization of Social Research in East Africa. **Africa Journal**, v. 123, n. 102, p. 39-55. . 2002.

ÁFRICA RECOVERY. **Reversing África's "Brain Drain"**. 2003. Disponível em: <http://www.un.org/ecosocdev/geninfo/afrec/vol17no2/172brain.htm> Acesso em 22/12/2011.

ALVES, Sara S. B. C. S. **Programas de ajustamento estrutural na óptica do papel do Estado na África a Sul do Saara**. 2002. Dissertação (Mestrado) - Universidade Técnica de Lisboa Instituto Superior de Economia e Gestão, Lisboa. Disponível em: <http://ssimone.no.sapo.pt/Tese%20de%20Mestrado%20Sara%20Alves.pdf> Acesso em: 1/1/2012.

ARELLANO, Oliva López. O impacto das políticas neoliberais na saúde. In: LAURELL, Asa Cristina. (Org.). **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995.

AMIN, Samir. **O desenvolvimento desigual**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1976. Parte 4, p. 167-221.

BANCO MUNDIAL. **Prestação de serviços sociais básicos num contexto de fragilidade estatal e de transição social**. desenvolvimento humano II, Região da África. Junho, 2008. p. 47-61. Disponível em: [http://www.didinho.org/versao_portuguesa\[1\].pdf](http://www.didinho.org/versao_portuguesa[1].pdf). Acesso em: 20/01/2012.

BANCO MUNDIAL, **Para uma saúde melhor em África: as lições da experiência**. Washington: Banco Mundial, 1994.

BANCO MUNDIAL. **The macroeconomic impact of AIDS in Sub-Saharan Africa, Population and Human Resources Department**. Disponível em: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTHIV/AIDS/0,,menuPK:376477~pagePK:149018~piPK:149093~theSitePK:376471,00.html>. Acesso em: 9/10/2011.

BASU, A.; STEWART, F. Structural adjustment policies and the poor in África: an analysis of the 1980s. In: STEWART, F. (Org.). **Adjustments and poverty: options and choices**. New York: Routledge. 1995.

BATES, R. , Governments and Agricultural Markets in Africa. In: CORBRIDGE S. (Org.). **Development Studies: a reader**. London: Edward Arnold, 1988. Cap. 9, p. 147-163.

BARNETT, T.; WHITESIDE, A. **AIDS in the Twenty-First Century: disease and globalization**. Basingstoke: Palgrave MacMillan, 2002.

BENATAR, Solomon. South Africa's Transition in a Globalizing World: HIV/AIDS as a Window and a Mirror. **International Affairs**, v. 77, n. 2, p. 347-375, 2001. Disponível em: <http://www.nspisa.com/published-research/1814-south-africa-s-transition-in-a-globalizing-world-hiv-aids-as-a-window-and-a-mirror> . Acesso em: 22/11/2011.

BHAGWATI, Jagdish N.; HAMADA, Koichi. Domestic distortions, imperfect information and the brain drain. **Journal of Development Economics**, Massachusetts, v. 25, n. 2. , 1974. Disponível: <http://dspace.mit.edu/bitstream/handle/1721.1/63478/domesticdistorti00hama.pdf?sequence=1> Acesso em: 24/12/2011.

BRITO, Ivo. Políticas de prevenção e estratégias adotadas no país. In: Seminário: **Prevenção das DST/AIDS: Novos Desafios**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://www.abiaids.org.br/_img/media/RESPOSTAS_FRENTE_AIDS_dvd.pdf. Acesso em: 24/01/2012.

BRITTO, Maria R. Varnieri. AIDS e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas. In: PASSARELLI, A. Carlos et al. **A epidemia acompanhando a evolução da pobreza em um Bairro de Porto Alegre**. Rio de Janeiro: ABIA. 2003.

BROHMAN, John. Universalism, Eurocentrism, and Ideological Bias in Development Studies: From Modernism to Neoliberalism, **Third World Quarterly**, v. 16, n. 1, p. 108, 1995.

BRITISH MEDICAL JOURNAL. **BRAIN Drain**: the financial cost of doctors emigrating from sub-Saharan Africa: human capital analysis. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7031> Acesso em 12/12.2011.

CARDOSO, Carlos.; IMBALI, Faustino. O programa de ajustamento estrutural na Guiné-Bissau: análise dos efeitos sócio-econômicos In: MONTEIRO, A. Issac. **Família**. Bissau: INEP, 1996.

CENTER FOR ECONOMIC AND POLICY RESEARCH: **A survey of the impacts of IMF Structural Adjustment in Africa**: growth, social spending, and debt relief. Disponível em: <http://www.cepr.net/index.php/a-survey-of-the-impacts-of-imf-structural-adjustment-in-africa/> Acesso em: 21/12/2011.

CHAVES, Gabriela Costa. **Patentes farmacêuticas**: porque dificultam o acesso a medicamentos. Rio de Janeiro: ABIA, 2006.

COMMISSION ON GLOBAL GOVERNANCE. Our global neighbourhood. In: HENRY, Lamb. **The basic vision**. Geneva, 1995.

COMUNIDADE DE PAÍSES DA LINGUA PORTUGUESA; PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS. **Epidemia de VIH nos países de língua oficial portuguesa**: situação atual e perspectivas futuras rumo ao acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados. Brasília, 2010.

COUNCIL ON FOREIGN RELATIONS. **Is Brain Drain Good For África?** Disponível em: <http://www.cfr.org/africa/brain-drain-good-africa/p16986> Acesso em: 25/12/2011.

DOCTORS WITHOUT BORDERS. **Demands pharmaceutical industry stop obstructing access to medicines in South Africa.** Disponível em: <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=658&cat=press-release> Acesso em: 10/11/2012.

DESMOND, Chris. JEFF, Gow. The Current and Future Impact of the HIV/AIDS Epidemic on South Africa's Children. In: CORNIA, G. A. (Ed.) **AIDS public policy and child well being.** Florence: Innocenti Research Center, UNICEF. Disponível em: <http://www.unicef-icdc.org/research/ESP/aids/chapters.pdf>. Acesso em: 10/12/2001.

DOHA WTO MINISTERIAL. **Ministerial Declaration.** Disponível em: http://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_e.htm Acesso em: 15/11/2011.

EASTERLY, William.; NIARKO, Yaw. Is the Brain Drain Good for África? **The Brookings Global Economy & Development**, New York, v. 59, n. 19, p. 42, 2008.

EUROPEAN GENERIC MEDICINE ASSOCIATION. **Making medicines affordable.** Disponível em: <http://www.egagenerics.com/gen-dataex.htm> Acesso em: 23/11/2011.

GIBBON, P., BANGURA, Y; OFSTAD, A. (Org.). **Autoritarianism, democracy and adjustment: the politics of economic reform in Africa.** Uppsala: Nordiska Afrikainstitutet. 1992.

GIBSON, C. Christine. **Neoliberalism and dependence: a case study of the orphan care crisis in sub-Saharan Africa.** University of South Florida, 2009. Disponível em: <http://scholarcommons.usf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2982&context=etd> Acesso em: 23/11/2011.

HUMAN RIGHTS WATCH. **HIV/AIDS epidemic, such as Botswana and Zimbabwe, children orphaned by AIDS represent over 75 percent.** Disponível em: <http://www.hrw.org/reports/2012/02/20/no-place-children> Acesso em 12/9/2011.

HANSON, Margaret. ; JAMES J. Hentz. Neocolonialism and Neoliberalism in South Africa and Zambia. **Political Science Quarterly**, v.114, n. 3, p. 479-502, 1999.

HAQ, Mahbub ul. O paradigma de desenvolvimento Humano. In: SHIVA KUMAR, A. K. (Ed) **Desenvolvimento humano: leituras selecionadas.** Belo Horizonte: PUC Minas Virtual, 2007.

HIRCHMAN, Albert. **Essays in trespassing: economics to politics and beyond.** New York: Cambridge University Press. 1981

HUNTER, Susan. ; WILLIAMSON, John. **Children on the Brink.** United State Agency for International Development. Washington, 2000. Disponível em: http://www.usaid.gov/pubs/hiv_aids/childrenreport.pdf. Acesso em: 17/11/2011.

HUSAIN, Ishrat. ; FARUQEE, Rashid. **Adjustment in Africa: lessons from country case studies.** Washington, World Bank, 1994.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. Disponível em: <http://www.iom.int/jahia/jsp/index.jsp>. Acesso em: 09/01/2012.

IRIARTE, Gregório. **Neoliberalismo Sim ou Não?** São Paulo, Paulinas, 1995.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS. **Programa de ajustamento estrutural na guiné-bissau.** análise dos efeitos sócio-econômicos. Bissau: Novagráfica, 1996.

JACKSON, Helen. **Sida em África:** continente em crise. Harare: SAFAIDS, 2004.

JERE –MWIINDILIA, Priscilla. The effects of structural adjustment on women in Zambia. **Semper Reformanda: Journal of the World Alliance of Reformed Churches**, v. 44, n. 2, 1994. Disponível em: <http://www.warc.ch/pc/rw942/02.html> Acesso em: 22/11/2011.

JOHNSON, A. Sandy. **Challenges in health and development:** from global to community perspectives. Springer, New York, 2011.

JOLLY, Richard. Desenvolvimento humano: leituras selecionadas. In: SHIVA KUMAR, A. K. **Desenvolvimento humano e neoliberalismo:** comparação de paradigmas. Belo Horizonte: PUC Minas Virtual: 2007.

KOIVUSALO, Meri. MACKINTOSH, Maureen. **Global public action in health and pharmaceutical policies: politics and policy priorities.** London, The Open University, 2009. Disponível em: <http://www.open.ac.uk/ikd/documents/working-papers/ikd-working-paper-45.pdf>. Acesso em: 30/10/2011.

LAL, Deepak. **The external environment I:** trade, the poverty of development economics. Londres: Institute os Economic Affairs. 1983. Cap. 2 p. 56-97.

LAURELL, Ana Cristina (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo.** São Paulo: Cortez, 2002.

LEWIS, Arthur. Economic development with unlimited supplies of labour. In: TINGOR, L. Robert. **Economics of development and planning:** history, principles, problems, and policies. New Delhi: Atlantic, 1954. Cap. 12 p. 1-30.

LOPES, Carlos. **Cooperação e Desenvolvimento humano:** a agenda emergente para o novo milênio. São Paulo: Unesp, 2005.

LBEYRER, Chris.; PIZER, H. F. **Public health & human rights: evidence-based approaches.** Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

LOTROWSKA, Michel. Panorama internacional contemporâneo do acesso a anti-retrovirais. In: PASSARELLI, A. Carlos et al. **AIDS e desenvolvimento:** interfaces e políticas públicas. Rio de Janeiro: ABIA, 2003.

MEINERS, Constance Marie Milward de Azevedo. Patentes farmacêuticas e saúde pública: desafios à política brasileira de acesso ao tratamento anti-retroviral. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 13, 2008. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000700002 Acesso em: 10/11/2011.

MAANEN, Van Bert. Economia. In: GUINÉ-BISSAU. **Programa de ajustamento estrutural na Guiné-Bissau**: análises dos efeitos Socioeconômicos. Bissau: INEP, 1996.

MINDRY, Deborah. Neoliberalism, Activism, and HIV/AIDS: postapartheid South Africa. **Social Text**. v. 26, n. 194, p. 75-93, 2008. Disponível em: http://socialtext.dukejournals.org/content/26/1_94/75.full.pdf+html Acesso em 22/11/2011.

MONTEIRO, Huco. ; MARTINS, Geraldo. Educação. In: GUINÉ-BISSAU. **O programa de ajustamento estrutural na Guiné-Bissau**. análise dos efeitos sócio-econômicos. Bissau: INEP, 1996.

NETWORK OF AFRICAN SCIENCE ACADEMIES (NASAC). **Brain Drain in África**. Summit of Heads of States and Government G-8, Itália, 2009. Disponível em: <http://www.nationalacademies.org/includes/NASACbraindrain09.pdf> Acesso em: 23/12/2011.

NIANG, Cheikh Ibrahima. **Santé, société et politique en Afrique**. Dakar: Ed. Codesria, 2008.

NURKSE, Ragnar. Some international aspects of the problem of economic development. **The American Economic Review**, v. 42, n. 2, p. 571-583, 1952.

OLESEN, Thomas. Qual foi o truque? Explicando o sucesso da campanha transnacional de acesso aos medicamentos para HIV/AIDS, 1998-2001. In: OLESEN, Thomas. **A agenda social das relações internacionais**. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2005. Cap. 4, p. 119-155.

O'MANIQUE, Colleen. Globalization and gendered vulnerabilities to HIV and AIDS in sub-Saharan Africa. In: UNESCO. **Globalization and women's vulnerabilities to HIV and AIDS**. 2010.

O'MANIQUE, Colleen. **Neoliberalism and AIDS crisis in Sub-Saharan Africa: globalization's pandemic**. New York: Palgrave Macmillan. 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Secretaria da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Artigo da Primeira Reunião da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde**. 2005 Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/en/ Acesso em 28 de Julho 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde**. 2006 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trab_juntos_saude.pdf. Acesso em 13/07/2011.

OXFAM INTERNATIONAL. **HOW TRIPS-plus intellectual property rules in the US-Jordan FTA affect access to medicines**. Disponível em: http://www.oxfam.org/en/policy/bp102_jordan_us_fta Acesso em: 9/10/2010.

ÖZDEN, Ça-glar.; SCHIFF, Maurice. **International migration, remittances & the Brain Drain**. New York: World Bank, 2006. Disponível em: http://www.ime.gov.mx/2006/estudios/migracion/inter_migration_remittances.pdf Acesso em: 23/12/2011.

ORGANIZATION MUNDIAL DE LA SANTÉ. **Le Point sur L'Épidémie de Sida: Décembre.** UNAIDS/OMS, Genève, 2000.

PAULO, Augusto.; JAO, Mamadú. Saúde. In: GUINÉ-BISSAU. **O programa de ajustamento Estrutural na Guiné-Bissau.** análise dos efeitos sócio-econômicos, Bissau: INEP, 1996.

PARKER, Richard. Estigma como barreira à prevenção do HIV. In: PIMENTA, Maria Cristina et al. Trabalho apresentado no Seminário: **Prevenção das DST/AIDS: novos desafios** Rio de Janeiro, 17-19 de Agosto de 2009, Disponível em: http://www.abiaids.org.br/_img/media/RESPOSTAS_FRENTE_AIDS_dvd.pdf Acesso em: 24/01/2012.

PETERSON, S. V. **A Critical rewriting of global political economy: integrating reproductive, productive and virtual economies.** New York: Routledge, 2003.

POKU, N. K. The Global AIDS Fund: context and opportunity. **The Third World Quarterly**, v. 23, n. 2, p. 24-39 2002.

PROGRAMME REGIONAL SANTÉ EM ÁFRIQUE DE L'OUEST. **Atelier régional d'élaboration d'un cadre harmonise des comptes nationaux de la santé dans les Etats membres de la CEDEAO et la Mauritanie** Disponível em: <http://www.prsao.org/prsao/index.php>. Acesso em 19/01/2012.

PARR, Fukuda Sakiko; KUMAR, A. K. Shiva. **Resgatando o conceito de desenvolvimento humano do IDH: reflexões sobre uma nova agenda.** Brasília: PUC Minas Virtual, 2007.

REPULICA DA GUINÉ-BISSAU. Plano **Estratégico Nacional de Luta Contra HIV/SIDA na Guiné-Bissau.** Bissau, 2006.

REDE AFRICANA DE PESQUISAS TRABALHISTAS. **Fórum Social Mundial: Zimbabuenses contra privatizações.** Disponível em: <http://www.casadasafricas.org.br/noticias/01/1063> Acesso em: 4/9/2011.

REPUBLICA DA GUINÉ-BISSAU. **Documento de estratégia nacional de redução da pobreza.** 2005. Disponível em: <http://www.stat-guinebissau.com/denarp/denarp.pdf>. Acesso em: 21/01/2012.

REPUBLICA DA GUINÉ-BISSAU. Secretaria Nacional de Luta Contra Sida; Programa Conjunto das Nações Unidas Sobre HIV/AIDS. **Revue des progrès du secteur santé pour l'Accès Universel aux services VIH/SIDA pour le Traitement, la Prévention, les Soins et le Soutien en Guinée-Bissau 2007 – 2009.** Bissau, Janeiro 2010.

RODRIK, Dani. Understanding economic policy reform. **Journal of Economic Literature**, v. 34, n. 4, p. 19- 49, 1996.

ROSENAU, N. James. Governance in the Twenty–First Century. In: WILKINSON, Rorden. **The global governance reader.** USA: Routledge, 2005. Cap. 2.

ROSTOW, W. W. **Etapas do desenvolvimento econômico.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

SHIVA KUMAR, A. K. **Desenvolvimento humano**: leituras selecionadas. Brasília: PUC Minas Virtual, 2007.

SANTOS, Boaventura de Souza. As Lições de Gênova. **Folha de São Paulo**, 7 mar. 2001. Caderno Opinião. Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/opiniao/bss/026.php>. Acesso em: 28/10/2011.

SANTOS, F. Onofre. O fogo de prometeu nas mãos de midas: desenvolvimento e mudança social. In CAMPOS, Taiane L. C. (Org.) **Desenvolvimento e relações internacionais**. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2005. Cap. 1 p. 13-75.

SHIVA KUMAR, A.K. **Desenvolvimento humano**: leituras selecionadas. Belo Horizonte: PUC Minas Virtual, 2007.

SAMA, Martyn; NGUYEN, Vinh-Kim. **Governing health systems in África**. Dakar: Codesria, 2008.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

SOLIMANO, Andrés. **Globalizing talent and human capital**: implications for developing countries. Paper, 4th Annual World Bank Conference on Development Economics (ABCDE) for Europe held in Oslo, Norway on June 24-26, 2002. Disponível em: <http://www.andres-solimano.com/articles/migration/Globalizing%20Human%20Capital,%20manuscript.pdf> Acesso em 19/12/2011.

STRUCTURAL ADJUSTMENT PARTICIPATORY REVIEW. **The policy roots of economic crisis and poverty**. USA. 2002. Disponível em: http://www.saprin.org/SAPRIN_Synthesis_11-16-01.pdf Acesso em 13/09/2012.

TANDON, Yash. **Ending aid dependence**. South África: Fahamu, 2008.

THOMAS, Caroline. Health Impacts of Globalization. Trade policy and the politics of access to drugs. **Third World Quarterly**, New York, v. 88, n. 34, p. 251-264, 2002.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME . Human Development Report. 1993. Disponível: http://hdr.undp.org/en/media/hdr_1993_en_overview.pdf. Acesso em: 14/8/2011.

UNITED NATIONS. **Report on the global AIDS epidemic**. 2010.

UNITED NATIONS, Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. **Progress Report**. 2010. Disponível em: <http://content.undp.org/go/newsroom/2011/march/un-aids-undp-who-concerned-over-sustainability-of-hiv-treatment.en?categoryID=349428&lang=en> Acesso em 13/11/2011.

UNITED NATION DEVELOPMENT PROGRAMME. **Governance of HIV/AIDS responses: Issues and Outlook**. Disponível em: <http://www.undp.org/hiv/docs/alldocs/1599-Governance-brochure.pdf> Acesso em: 3/1/2012.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. **Understanding the link between development planning and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa**. Disponível em: <http://www.beta.undp.org/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/understanding-link-between-development-planning-and-hiv-aids--sub-saharan-africa.html> Acesso em: 27/12/2011.

UNITED NATION DEVELOPMENT PROGRAM. **Human Development Report**. 1990. Disponível em: http://hdr.undp.org/en/media/hdr_1990_en_indicators2.pdf Acesso em: 12/12/2011.

UNICEF FONDS DES NATION UNIES POUR L'ENFANCE. **L'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS)**. Bissau: Guiné-Bissau, Junho 2006.

WILLIAMSON, John. **What Washington Means by Policy Reform**. Peterson Institute for International Economics, 1990. Disponível em: <http://www.iie.com/publications/papers/paper.cfm?researchid=486>. Acesso em: 17/07/2011.

WORLD BANK, **Economic Growth in the 1990s Learning from a Decade of Reform**. Washington, D.C. 2005. Disponível em: <http://www1.worldbank.org/prem/lessons1990s/chaps/frontmatter.pdf> Acesso em: 17/11/2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The África World Monitor**, Harare, 2000. N.1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Towards universal access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector**, Progress Report. 2009. Disponível em: http://www.who.int/hiv/pub/tuapr_2009_en.pdf. Acesso em: 30/10/2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics Annual**. Genebra, 1988.

WORLD TRADE ORGANIZATION. **Agreement on trade-related aspects of intellectual property rights**. Genebra, 1994. Disponível em: http://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/27-trips.pdf. Acesso em 10/11/2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Country Health System Fact Sheet**. Genova, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa Charter for Health Promotion**, 1986. Disponível em: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf Acesso em: 19/11/2011.